

Opinnäytetyö (AMK)

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosiaalipalvelutyö

2015

Mia Rajaniemi

TURUN KAUPUNGIN ÄITIYSNEUVOLOIDEN TERVEYDENHOITAJIEN NÄKÖKULMIA YHTEISTYÖSTÄ TURUN ENSIKODIN KANSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mia Rajaniemi

TURUN KAUPUNGIN ÄITIYSNEUVOLOIDEN TERVEYDENHOITAJIEN NÄKÖKULMIA YHTEISTYÖSTÄ TURUN ENSIKODIN KANSSA

Tutkimukseni aihe kumpusi työkentältä nousseesta ilmiöstä. Turun ensikodin yksikön vastaava Maria Kronlund kertoi, että ensikotiin on tullut aiempaa enemmän perheitä kiireellisesti suoraan synnytyssairaalaan. Huolta herättävää on, että osasta näitä perheitä ei ole tehty ennakkollista lastensuojeluilmoitusta koko raskausaikana.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Turun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien käsitystä ensikotikuntoutuksesta sekä miten he tuntevat ensikotiin ohjautumisen käytännöt. Tavoitteena oli kartoittaa mahdollisia ongelmakohtia ensikotiin ohjautumisessa ja kuulla haastateltavien toiveita yhteistyöstä Turun ensikodin kanssa. Tutkimuksesta saatujen tietojen avulla Turun ensikoti voi parantaa yhteistyötä Turun kaupungin äitiysneuvoloiden kanssa.

Tutkimus oli kvalitatiivinen haastattelututkimus, jonka empiirinen aineisto muodostui seitsemän (7) Turun kaupungin äitiysneuvolassa työskentelevän terveydenhoitajan haastattelusta. Haastattelut suoritettiin tammi-helmikuun aikana 2015 puolistukturoituina yksilöhaastatteluina, joissa oli myös teemahaastattelun piirteitä. Litteroin tutkimusaineiston ja analysoin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen keskeisimmät tulokset ja johtopäätökset osoittivat, etteivät terveydenhoitajat koe rooliaan ensikotiin ohjaamisessa merkittävänä ja heidän tietonsa ensikodissa tehtävästä työstä ja ohjautumisesta ovat niukat. Tulokset osoittivat, että ensikodin ja äitiysneuvoloiden välinen yhteistyö on ollut vähäistä, sitä ei ole ollut lainkaan tai yhteistyö on koettu epäonnistuneeksi. Terveystenhoitajilla oli konkreettisia kehittämissuhteita yhteistyön parantamiseksi liittyen esimerkiksi tiedon saamiseen ensikotityöstä ja yhteistyöstä asiakasperheiden parissa.

ASIASANAT:

Ensikodit, Hoitoonohjaus, Lastensuojelu, Moniammatillinen yhteistyö, Varhainen puuttuminen, Äitiysneuvolat

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Social Services | Social Service Work

Spring 2015 | 36+7

Instructor Anssi Lähde

Mia Rajaniemi

MUNICIPAL MATERNITY CLINIC NURSES' PERCEPTIONS OF CO-OPERATION WITH THE MOTHER-AND-BABY HOME IN TURKU

The topic of this study originates from a real-working life finding. Maria Kronlund, responsible for Mother-and-baby home in Turku, highlighted that more and more families come to the Mother-and-baby home urgently straight from the hospital after childbirth. A worrying fact is that for some of these families no child welfare report has been made during pregnancy.

The purpose of this study was to clarify municipal maternity clinic nurses' understanding of Mother-and-baby home rehabilitation and their knowledge of the established practice of referral. The objective was to identify possible issues in the process of directing families to the Mother-and-baby home and debrief the interviewees' wishes on co-operation with the home in Turku.

This qualitative study was based on empirical data from interviews with seven (7) municipal maternity clinic nurses in Turku. The practical part was performed during January and February in 2015 through semi-structured personal interviews with theme interview characteristic. Transcribed research data was analyzed using data driven content analysis.

The main results and conclusions of this study showed that municipal nurses do not consider their role important in the process of directing families to Mother-and-baby home. In addition, nurses' knowledge of the work done at Mother-and-baby home and the referral process is limited. The results also imply that co-operation between Mother-and-baby home and maternity clinic has been scarce, nonexistent or considered unsuccessful. Nurses came up with concrete suggestions on how to improve this co-operation and, more specifically, these suggestions related to obtaining information on the work done at Mother-and-baby home and working together with client families.

KEYWORDS:

Mother-and-baby home, Referral to treatment, Child welfare, Multiprofessional co-operation, Early childhood intervention, Maternity clinic

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINNIN RISKITEKIJÄT	8
2.1 Vauva tulossa - äitiysneuvolan terveydenhoitaja turvatus raskauden tukija	9
2.2 Huolen herääminen ja varhainen puuttuminen	10
3 ERITYISTÄ TUKEA VAUVAPERHEELLE ENSIKODISTA	13
3.1 Ensikotityö	13
3.2 Turun ensikodin palveluprosessi	14
4 JÄRJESTÖT JA KUNTA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUITA TUOTTAMASSA	17
4.1 Järjestöt täydentävät palvelukenttää	18
4.2 Järjestö-kuntayhteistyön edellytykset, hyödyt ja haasteet	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävät	22
5.2 Tutkimusmenetelmä	23
5.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineisto	24
5.4 Aineiston analyysi	25
6 ERITYISEN TUEN TARPEEN TUNNISTAMINEN JA HUOLEN HERÄÄMINEN ÄITIYSNEUVOLASSA	27
6.1 Taustatiedot	27
6.2 Erityisen tuen tarpeen seulonta osana äitiysneuvolan perustehtävää	27
6.3 Mitä tehdä kun huoli perheestä herää?	29
7 ENSIKODIN JA ÄITIYSNEUVOLOIDEN YHTEISTYÖ TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMANA	32
7.1 Ensikotiin ohjaaminen	32
7.2 Ensikotikuntoutuksen tunteminen	33
7.3 Yhteistyö	34
8 POHDINTA JA ARVIOINTI	37
8.1 Tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	37
8.2 Tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden ja toteutuksen tarkastelu	40

8.3 Ammatillinen kasvu	41
------------------------	----

LÄHTEET	43
----------------	-----------

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa Turun ensi- ja turvakoti ry:ltä.
- Liite 2. Tutkimuslupa Turun kaupungilta.
- Liite 3. Haastattelupyyntö.
- Liite 4. Haastattelurunko.
- Liite 5. Ensikodin kuntoutusjunan vaunut.

KUVAT

Kuva 1. Turun ensikodin kuntoutusjuna. c Mia Rajaniemi 2015.	14
--	----

KUVIOT

Kuvio 1. Erityistä tukea tarvitsevat perheet.	28
Kuvio 2. Yhteistyön muodot ja kokemukset.	35

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe ja tavoitteet syntyivät Turun ensikodin yksikön vastaavan Maria Kronlundin kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Halusin lähteä tekemään opinnäytetyötä, jonka takana on selkeä tausta ja tarve. Kronlund kertoi, että Turun ensikotiin on tullut aiempaa enemmän asiakkaita ei-suunnitelmallisesti eli kiireellisesti. Kiireellisesti ensikotikuntoutukseen tulleet perheet eivät ole käyneet läpi suunnitelmallista kuntoutukseen ohjautumisprosessia. Huoli perheestä on voinut herätä vasta lapsen syntymän jälkeen esimerkiksi lapsivuodeosastolla, josta perhe siirtyy usein suoraan ensikotiin nopealla aikajänteellä. Kronlund nosti esiin huolen, ettei näistä perheistä ole koko raskausaikana tehty ennakkollista lastensuojeluilmoitusta vaan tilanne kriisiytyy lapsen syntymän jälkeen yllättäen. Kiireellisesti ensikotiin tulleiden perheiden kuntoutukseen motivoituminen on usein heikompaa ja jaksot keskeytyvät useammin.

Suomessa äitiysneuvolat tavoittavat lähes kaikki raskaana olevat perheet. Päädyimme, että lähden tutkimaan huolen heräämistä äitiysneuvolassa. Tutkin Turun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien käsitystä ensikotikuntoutuksesta sekä siitä miten he tuntevat ensikotiin ohjautumisen käytännöt. Tavoitteena oli myös kartoittaa mahdollisia ongelmakohtia ensikotiin ohjautumisessa ja kuulla haastateltavien toiveita yhteistyöstä ensikodin kanssa.

Tutkimukseni tietoperustassa esittelen lasten ja nuorten hyvinvoinnin riskitekijöitä, äitiysneuvolan paikkaa palvelujärjestelmässä ja varhaisen puuttumisen merkitystä lapsen tulevaan elämään. Erityistä tukea vauvaperheelle ensikodista -osiossa perehdytän lukijaa ensikotityön sisällöistä ja kuntoutusprosessista. Sen lisäksi esittelen tietoperustassa järjestöjen ja kunnan yhteistyön eri puolia sosiaali- ja terveyspalveluja tuottamassa. Tutkimuksen toteuttaminen -osiossa esittelen tutkimustehtäväni, tutkimuksen kohderyhmän ja perustelen tutkimuksen metodologiset ratkaisut. Tutkimustulokset olen jakanut kahteen päälukuun, kuusi ja seitsemän. Pohdinta ja arviointi -osioon olen kirjannut alalukuihin tulosten

yhteenvedon ja kehittämisehdotukset, tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden sekä oman ammatillisen kasvun pohdinnan.

2 LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINNIN RISKITEKIJÄT

Suomalaisten terveys on kehittynyt viime vuosikymmenten aikana myönteiseen suuntaan. Esimerkiksi vastasyntyneiden elinajanodote on pidentynyt ja sepelvaltimotautikuolleisuus vähentynyt merkittävästi. Työikäisten keskuudessa on kuitenkin havaittavissa selkeitä terveys- ja kuolleisuuseroja sosiaalisen aseman mukaan. Vähemmän koulutetuilla, työttömillä ja pienituloisilla on selkeästi lyhyempi elinajanodote, terveystottumukset ovat epäterveellisempiä ja he saavat terveydenhuolto palveluita tarpeeseensa nähden heikommin. Nämä erot ovat jopa kasvaneet viime vuosien aikana. (Kaikkonen ym. 2012, 21.) Myös erilaisien ongelmien ylisukupolvisuus ja ongelmien kasautuminen näkyy muun muassa toimeentulossa, terveydenongelmissa ja elintavoissa. Esimerkiksi vanhempien mielenterveysongelmat lisäävät lasten vaaraa sairastua psykiatriin ongelmiin. Myös vanhemman päihteiden käyttö voi siirtyä sukupolvelta toiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 64; Paananen 2012, 38-40; THL 2015b.)

Lapsiperheiden köyhyys on yleistynyt Suomessa ja pikkulapsiperheitä kamppailee aineellisen niukkuuden oloissa (Bardy & Öhman 2007, 7; STM 2015a). "Pitkäkestoinen köyhyys varhaisvuosina altistaa lapsen onnettomuuksille, ravinnon puutteellisuudelle ja traumaattisille kokemuksille. Vanhempien stressi ja kotiympäristön niukkavirikkeisyys vaikuttavat lapsen kohteluun ja emotionaaliin ja sosiaalisiin taitoihin sekä oppimiseen." (Bardy & Öhman 2007, 7.) Geneettinen perimä yhdessä kasvuolosuhteiden ja ympäröivän yhteiskunnan kanssa muokkaa ihmistä. Samalla sukupolvelta toiselle siirtyy henkisiä, sosiaalisia, aineellisia ja kulttuurisia elämänhallinnan voimavaroja. Lapsuudessa tapahtuakin perustan rakentaminen myöhemmälle hyvinvoinnille. Hyvinvoinnin tukemiseen tulisi satsata jo varhain, sikiökaudella tai heti syntyessä, sillä yhteiskuntaan kiinnittyminen alkaa jo varhain. Suurimassa syrjäytymisvaarassa ovat ne, joiden omat resurssit ja mahdollisuudet ovat jo alun alkaen muita heikommat, esimerkiksi vammaisuuden, sairastavuuden tai vanhempien ongelmien vuoksi. (Paananen ym. 2012, 3.)

Suomalainen kohorttitutkimus, Kansallinen syntymäkohortti 1987, on osoittanut, että varhaislapsuuden olosuhteet vaikuttavat monin tavoin tulevaan elämään, niin terveyteen kuin hyvinvointiin. Suomessa äitiysneuvola tavoittaa lähes kaikki lasta odottavat perheet. Neuvolassa ohjataan perhettä terveellisten elintapojen omaksumiseen ja sisäistämiseen, mikä on olennainen osa neuvolassa tehtävää ehkäisevää työtä. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 10.)

2.1 Vauva tulossa - äitiysneuvolan terveydenhoitaja turvatus raskauden tukija

Kunnan on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle oppivelvollisuusikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut (Terveystarkastuslaki 30.12.2010/1326). Lähes kaikki raskaana olevat naiset käyvät äitiysneuvolan terveystarkastuksessa raskauden neljän ensimmäisen kuukauden aikana. Käyttämättömien osuus on vain 0,2-0,3% synnyttäneistä. (Halme ym. 2010,21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a, 31; THL 2015a.) Käynnit äitiysneuvolassa ovat vapaaehtoisia, mutta niihin on liitetty Kela-etuuksiin tarvittavat todistukset ja lomiin liittyvät sosiaaliset etuudet (Armento & Koistinen 2007,33).

Vuonna 2013 syntyi 58 134 lasta, joten äitiysneuvolassa asioi vuosittain noin 60 000 raskaana olevaa sekä heidän puolisonsa. Jokaista lasta kohden äitiysneuvolan lääkärikäyntejä oli vuonna 2013 keskimäärin 3,1 ja muun ammattihenkilökunnan luona 13,0. (THL 2013a, 5.) Äitiysneuvolan uudistetuissa suosituksissa terveystarkastusten määrät vähenevät. Käyntimääriä vähennetään matalan riskin raskauksissa terveiltä raskaana olevilta naisilta. Uudistuksella pyritään aikaisempaa enemmän yksilölliseen, tarpeen mukaiseen terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan ja edistämiseen. (STM 2013a; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 12-13, 148-239.)

Uudistetuissa suosituksissa lääkärikäyntejä järjestetään raskauden aikana kaksi ja terveydenhoitajan/kätilön käyntejä 8-9. Aikaa on varattu tarpeenmukaisille lisäkäynneille. Lisäkäynneillä pyritään turvaamaan erityistä tukea ja seurantaa tarvitsevien naisten ja heidän perheidensä ongelmien varhainen tunnistaminen

ja hoitaminen tai muuhun hoitoon ohjaus. Lisäkäynnin syy voi olla esimerkiksi raskaana olevan terveydentila, aiemmat ongelmat synnytyshistoriassa, mielen-terveys- tai päihdeongelmat ja perhetilanteen vaikeudet. (STM 2013a; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 12-13, 148-239.)

Äitiysneuvolapalveluihin sisältyy sikiön terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin sekä raskaana olevan naisen terveyden ja yksilöllisen tarpeen mukainen seuranta ja edistäminen. Sen lisäksi äitiysneuvolan työhön kuuluu vanhemmuuden ja perheen hyvinvoinnin tukeminen sekä tulevan lapsen kodin ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen edistäminen. Äitiysneuvolatyöhön sisältyy myös lapsen ja perheen erityisen tuen tarpeen varhainen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukeminen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen. (Armanto & Koistinen 2007, 33; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 12.) Terveydenhuoltolakiin (30.12.2010/1326) on kirjattu, että kunnan perusterveydenhuollon on neuvolapalveluja järjestäessään toimittava yhteistyössä varhaiskasvatuksesta, lastensuojelusta, muusta sosiaalihuollosta ja erikoissairaanhoidosta vastaavien sekä muiden tarvittavien tahojen kanssa. Raskaana olevan naisen ja hänen perheensä tarvitsemaa palvelukokonaisuutta ei pystytä järjestämään ilman monialaista ja moniammatillista yhteistoimintaa. Tavoitteena on, että tarvittavat palvelut muodostava yhteen sovitettun ja yhtenäisen kokonaisuuden. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

2.2 Huolen herääminen ja varhainen puuttuminen

Varhaisen puuttumisen käsite ja siihen liittyvä toiminta voidaan ymmärtää useilla eri tavoilla. Usein varhainen puuttuminen yhdistetään lapsiin, nuoriin ja heidän perheisiin suuntautuvaksi toiminnaksi. Lapsiperheitä ajatellen se voidaan ymmärtää muun muassa tarvittavien tukitoimien järjestämisenä tai toimintana, jossa huolet otetaan varhain ja kunnioittavasti esille hyvään yhteistyöhön pyrkien. (Pyhäjoki & Koskimies 2009, 187.) Huolen ottaminen puheeksi on olennainen osa kunnioittavaa varhaista puuttumista. Huoli ilmaisee, että asioiden en-

nakoidaan menevän perheen tai lapsen kannalta huonompaan suuntaan, ellei muutosta saada aikaan. (Eriksson & Arnkil 2005, 7.)

Huolikartoitusten mukaan lasten ja nuorten palveluissa noin kahdessa kolmasosassa kohtaamisista työntekijät eivät tunne huolta, jolloin työntekijä toteuttaa perustehtävänsä ammatillisen osaamisensa turvin. Noin neljäsosassa työskentelysuhteita työntekijät tuntevat pientä huolta, jolloin työntekijä joutuu perustehtävän lisäksi orientoitumaan myös tähän. Se edellyttää huolen esiin ottamista ja yhteistyön aloittamista perheen kanssa. Hieman alle joka kymmenessä tilanteessa työntekijä tuntee tuntuvaa huolta, jota voidaan kutsua huolen harmaaksi vyöhykkeistöksi. Tuntuva huoli edellyttää yhteistyön käynnistämisen ja tilanteen selvittämistä ja tukitoimien suunnittelua. Suurta huolta työntekijät tuntevat noin 1-2 prosentissa tilanteista, jolloin tilanne vaatii välittömiä toimia. Tällöin työntekijän on helpompi toimia kuin harmaalla vyöhykkeellä, mikäli työntekijällä on tiedossa selkeät lähetekäytännöt ja hoitoketjut. (Pyhäjoki & Koskimies 2007, 189-190.)

Lähes kaikki vauvaa odottavat perheet ovat äitiysneuvolan asiakkaita. Neuvolatyöhön kuuluu erityisen tuen tarpeen arvioiminen. Tuen toteuttamiseksi äitiysneuvolasta järjestetään perheelle lisäkäyntejä neuvolaan, terveydenhoitajat tekevät kotikäyntejä sekä tarvittaessa yhteistyötä erikoissairaanhoidon esimerkiksi äitiyspoliklinikan tai kunnan muiden toimijoiden kanssa. Tällaisessa tilanteessa laaditaan yhteistyössä perheen kanssa hyvinvointi ja terveystuennitelma. Mikäli terveydenhoitajalla on syytä epäillä syntyvän lapsen kasvun ja kehityksen vaarantuvan eikä käytettävissä ole riittäviä voimavaroja, tulee neuvolan varmistaa perheelle riittävä tuki. Tällaisissa tilanteissa on huomioitava lapsen etu ja tehtävä ennakollinen lastensuojeluilmoitus, joka on mahdollista tehdä ennen lapsen syntymää. Sen tarkoituksena on turvata odottavalle äidille ja lapselle riittävät tukitoimet jo raskausaikana ja välittömästi syntymän jälkeen. (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417; THL 2015c.)

Raskaana olevat riskiäidit olisi tärkeä saada avun piiriin jo ennen lapsen syntymää. Havaintoja on esitetty siitä, että varhainen tuki ehkäisee lapsen myöhemmää kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä myös niissä perheissä, joissa on ollut on-

gelmia paljon. Pitkän aikavälin tulokset osoittavat, että kestävimvät tulokset syntyvät, kun toiminta perheen tukemiseksi alkoi jo ennen vauvan syntymää tai heti vauvan synnyttyä. Parhaimmillaan voidaan vaikuttaa siihen, ettei vanhemmuus pääse vakiintumaan väärille urille ja voidaan suojata lapsen varhaista kehitystä turvaamalla riittävä ravinto ja vuorovaikutus. Tuen oikea ajoitus ja riittävä kesto ovat tärkeitä myös siksi, että lapsen eri kehitysvaiheet tuovat uusia ja erilaisia haasteita äiti-lapsi-suhteelle. Esimerkiksi taaperoikäisen uhma voi aiheuttaa äidissä voimakkaita negatiivisia tunteita ja rankaisevaa käyttäytymistä lasta kohtaan. (Bardy & Öhman 2007, 14-15.) Tutkimukset ovat vahvistaneet, että aivojen kehitys sekä peruskokemus itsestä ja muista rakentuvat lapsuuden varhaisissa vuorovaikutussuhteissa. Tutun ihmiset kasvot ja ääni stimuloivat ja rauhoittavat vauvaa parhaiten ja ne jäsentävät keskushermostoa. Perushoito ja seurustelu tuottavat vauvalle mielihyvää ja tukevat kehitystä. Vauvan hoitaja toimii tunteiden peilinä, mikä auttaa vauvaa luomaan järjestystä aistiärsykkeiden kaaokseen. Vauva kokee oman olotilansa vastaanotetuksi ja stressi rauhoittuu. (Bardy 2013, 209.)

Vauvaperhetyötä voidaan tehdä odotusajasta lähtien yleensä alle kolmen vuoden ikäisten lasten perheissä. Vauvaperhetyön tavoitteena on tukea vanhempia lapsen hoidossa, optimaalisen hoivaympäristön luomisessa sekä vauvan ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen kehittymisessä. Vauvaperhetyö voi olla luonteeltaan ennaltaehkäisevää, kuten neuvolassa tehtävä työ tai lapsiperheiden kotipalvelu. Kun lapsesta on herännyt iso huoli, siihen voidaan vastata vaativan vauvaperhetyön intensiivisellä tuella. Tällöin pyritään selvittämään ja hoitamaan perheessä esiintyvä lapsen hyvinvointiin liittyvä vakava ongelma tai varhaisen vuorovaikutuksen ongelmat. (Järvinen ym. 2012, 72, 89.) Tällaista tukea perheille tarjoavat esimerkiksi ensikodit.

3 ERITYISTÄ TUKEA VAUVAPERHEELLE ENSIKODISTA

3.1 Ensikotityö

Ensi- ja turvakotien liitto on valtakunnallinen lastensuojelujärjestö, jonka jäsenyhdistykset tuottavat laitos- ja avopalveluja tiivistä tukea tarvitseville vauvaperheille (Ensi- ja turvakotien liitto ry 2010). Liitolla on 29 jäsenyhdistystä, jotka ylläpitävät kymmentä ensikotia ja kuutta päihdeongelmien hoitoon erikoistunutta ensikotia eri puolilla Suomea (Ensi- ja turvakotien liitto ry 2015). Turun ensi- ja turvakoti ry kuuluu Ensi- ja turvakotien liittoon (Turun ensi- ja turvakoti ry 2015a, 6). Turun ensi- ja turvakoti ry jakautuu kahteen asiantuntija alueeseen: kriisi- ja väkivaltatyöhön sekä vaativaan vauvatyöhön (Turun ensi- ja turvakoti ry 2015b). Turun ensikoti kuuluu vaativan vauvatyön osaamisalueeseen.

Ensikodeissa tehtävä työ on ehkäisevää ja korjaavaa lastensuojelutyötä. Palvelu on tarkoitettu vahvaa tukea tarvitseville vauvaperheille. Jokaisen perheen kanssa työskennellään yksilöllisten tavoitteiden mukaan, jotka kirjataan perheen asiakassuunnitelmaan. (Kärki 2011, 59.) Ensikodin toiminnalla pyritään turvaamaan vauvan kasvu ja kehitys, turvallisen kiintymyssuhteen syntyminen ja varhainen vuorovaikutus vanhemman ja vauvan välillä (Turun ensi- ja turvakoti ry 2015a, 11).

Perheitä tulee ensikotiin odotusaikana tai vauvan kanssa. Syitä ensikotiin tuloon voivat olla puutteet arjen taidoissa, vauvan ja vanhemman välisessä vuorovaikutussuhteessa sekä vauvan hoidossa. Myös vanhempien nuori ikä, eläminen vieraassa kulttuurissa tai mielenterveysongelmat voivat aiheuttaa tuen tarvetta. Päihdeongelmaiset vanhemmat ohjataan päihdeongelmien hoitoon erikoistuneisiin ensikoteihin, joissa yhdistyvät päihdekuntoutus ja varhaisen vuorovaikutussuhteen tukeminen ja hoito. (Kärki 2011, 59.) Turussa tällaista palvelua tarjoaa Ensikoti Pinja ja avopalveluyksikkö Olivia.

3.2 Turun ensikodin palveluprosessi

Ensikodin palveluprosessi voidaan yleisesti kuvata nelivaiheisena sisältäen viireilletulon, aloituksen, työskentelyvaiheen ja lopetuksen (Kärki 2011, 60-63). Kuntoutusjakson kesto vaihtelee kolmesta kuukaudesta vuoteen. Sitä arvioidaan säännöllisissä verkostopalavereissa sosiaalityöntekijän ja mahdollisten muiden hoitotahojen kanssa. (Turun ensi- ja turvakoti ry 2015b.) Turun ensikoti on tehnyt kuntoutusjunan, joka havainnollistaa asiakkaille heidän kuntoutusprosessiaan. Junassa on neljä vaunua: ensikotiin tulo, kuntoutus, itsenäistymisvaihe ja avopalvelu. (ks. Kuva 1. & Liite 5.)



Kuva 1. Turun ensikodin kuntoutusjuna. c Mia Rajaniemi 2015.

Ensikodin asiakasprosessi alkaa viireilletulosta. Yhteydenotto ensikotiin tapahtuu useimmiten lastensuojelun, äitiysneuvolan, lastenneuvolan tai synnytyssairaalan kautta. Muita lähettäviä tahoja voivat olla mielenterveys- ja päihdepalvelut. Myös asiakas voi olla yhteydessä suoraan ensikotiin. Tätä yhteydenottoa kutsutaan paikkatiedusteluksi. (Kärki 2011, 60; Kronlund 2015.)

Kronlund kertoo (henkilökohtainen tiedoksianto 8.1.2015), että mahdollisen asiakkaan ja tämän sosiaalityöntekijän kanssa sovitaan tutustumiskäynti ensikotiin. Tutustumiskäynnille voivat osallistua myös perheen omaiset ja äitiysneuvolan työntekijä. Tutustumiskäynnin tarkoituksena on miettiä millainen kuntoutus perheelle olisi mahdollinen ja milloin kuntoutus olisi mahdollista aloittaa. Tavoitteena on myös motivoida asiakasta kuntoutukseen ja arvioida vastaako palvelu perheen tarpeita. (Kärki 2011, 60; Kronlund 2015.) Tutustumiskäyntejä tulisi olla vähintään yksi. Poikkeuksena voi olla kiireellinen muutto synnytyssairaalaan suoraan ensikotiin. (Kärki 2011, 60.) Ensikodin toiveena on, että perhe muuttaisi ensikotiin hyvissä ajoin ennen laskettua aikaa, koska suhde vauvaan alkaa kehittyä jo odotusaikana. (Kronlund 2015.)

Ensikotikuntoutus vaatii lastensuojelun asiakkuuden ja maksusitoumuksen asiakkaan kotikunnalta. (Kärki 2011, 60.) Lapsen tarve lastensuojelun avohuollon asiakkuuteen kertoo siitä, että lapsen terveys ja kehitys on vaarantunut niin paljon, ettei perhettä ja lasta voida auttaa riittävästi peruspalvelujen kautta. Tällöin lapsi ja perhe ovat lastensuojelun sosiaalityön ja avohuollon tukitoimien tarpeessa. (Heino 2009, 85.) Perheet tulevat ensikotiin pääsääntöisesti avohuollon tukitoimenpiteenä. Sijoitus alkaa sinä päivänä, kun asiakasperhe muuttaa ensikotiin.

Kuntoutuksen alussa perheelle nimetään kaksi omaohjaajaa, jotka toimivat perheen lähityöntekijöinä (Turun ensi- ja turvakoti ry 2015b). Yhdessä perheen kanssa tehdään kirjallinen asiakastyönsuunnitelma äidille/isälle sekä vauvalle/lapselle. Suunnitelmaan kirjataan hoidon tavoitteet ja käytettävät menetelmät sekä verkostot ja sovitaan väliarvioinnista. (Kärki 2011, 60-61; Kronlund 2015.)

Ensikotikuntoutus sisältää vauvan perushoidon ja arjessa tarvittavien taitojen sekä oman talouden hallinnan opettelemista. Kuntoutus sisältää myös vanhemman ja vauvan välisen vuorovaikutussuhteen tukemista ja hoitamista sekä vanhemmuuden tukemista ottaen huomioon vauvan tarpeet ja kehitysvaiheet (Kärki 2011, 61.) Ensikodin arkea rytmittävät viikoittaiset yhteiset toiminnot, jotka luovat arkeen turvallisuutta ja vakautta. Tällaisia toimintoja ovat muun muassa viikoittaiset yhteisökokoukset, päivittäiset vauvanvartit, vauvahieronnan opet-

telu, muskari, vanhempainryhmä, ruokaryhmä ja yhteinen siivouspäivä. Ryhmätoimintojen on tarkoitus tukea vanhemmuutta ja lisätä asiakkaiden keskinäistä yhteisöllisyyttä. Kaikissa arjen toiminnoissa vauva ja vauvan tarpeet pidetään vanhemman mielessä. (Kärki 2011,61; Turun ensi- ja turvakoti ry 2015a; Ensi- ja turvakotien liitto ry 2015.)

Vauvan ja vanhemman suhdetta vahvistetaan jo raskausajasta lähtien yhteisten toimintojen ja omaohjaajuuden avulla (Turun ensi- ja turvakoti ry 2015a). Ensikodin odotusajan työskentely on muun muassa vauvaan tutustumista mielikuvittelemalla, perheen verkoston rakentamista ja tukemista sekä tarjotaan vanhempien tarvitsemaa sosiaalista tukea. Ensikodilla valmistaudutaan yhdessä perheen kanssa vauvan tuloon muun muassa tekemällä käytännön valmisteluja ja hankintoja. Perheen kanssa työskentelyä myös vanhemman rooliin liittyviä kysymyksiä sekä autetaan vanhempaa siirtymään hoivan vastaanottajasta hoivan antajaksi. (Hellsten 2013, 27-36.) Tarvittaessa ensikodin ohjaaja voi lähteä asiakkaan tueksi synnytykseen. (Kronlund 2015.)

Kuntoutusjakson aikana pidetään säännöllisesti verkostopalavereita, joissa arvioidaan perheen, sosiaalityöntekijän ja muiden hoitotahojen kanssa tavoitteiden toteutumista. Tavoitteita voidaan muuttaa ja tarvittaessa hoitojaksoa pidentetään. Kuntoutuksen lopetusvaiheeseen kuuluu suunnitelmalliset kotiharjoittelut, joiden aikana harjoitellaan vähitellen elämää vauvan kanssa ensikodin ulkopuolella. (Kärki 2011, 62.) Itsenäistymisvaiheessa perhe etsii itselleen kodin ja valmistelee sen vauvalle sopivaksi. Omaohjaajat tekevät kotikäyntejä perheen kotiin ja vähitellen perhe tutustuu joko ensikodin avotyötä tekevää työntekijään tai perheen kotikunnan perhetyöntekijöihin. Ensikodin ohjaajat ja yksikön vastaava laativat kuntoutuksesta yhteenvedon, joka annetaan lähettävälle taholle ja asiakkaalle. Kuntoutus päätetään suunnitelmallisesti perheen ja verkoston kanssa. Kuntoutuksen päättyessä arvioidaan tarvittavien avohuollon tukitoimien jatkoa. (Kärki ym. 2011, 63; Kronlund 2015.)

4 JÄRJESTÖT JA KUNTA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUITA TUOTTAMASSA

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perusta on valtion tuella toteutettu kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto, jonka ohella palveluja tuottaa yksityiset palveluntuottajat ja kolmas sektori (STM 2015b). Suomen sosiaali- ja terveyspalveluita on rakennettu nykyasuunsa 1960-luvulta lähtien. Palvelujärjestelmää on kehitetty vaiheittain lainsäädäntöuudistusten vauhdittamana ja kokonaisuuteen on vaikuttanut kulloisetkin poliittiset painopisteet, kansantaloudellinen tila ja yleinen mielipide. (Stenvall & Virtanen 2012, 12.)

2010-luvulla sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä näyttää melko pirstaleiselta verratessa eri kuntien palvelujärjestelmää suhteessa toisiinsa. Niiden toimintakulttuurit, palvelumuodot ja palvelukäytännöt eroavat toisistaan riippuen, mitä kuntaa kulloinkin tarkastellaan. (Stenvall & Virtanen 2012,13.) Tällä hetkellä on meneillään suurin sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus vuosikymmeniin. Tarkoituksena on integroida perustason sosiaali- ja terveyspalvelut sekä perustason ja erikoistason palvelut. Palvelut järjestetään viidellä sosiaali- ja terveydenhuoltoalueella, jotka vastaavat palvelujen saatavuudesta, laadusta, saavutettavuudesta sekä palvelutarpeen määrittämisestä sekä määrän ja vaikuttavuuden seurannasta. (Pelkonen 2014, 12.)

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut ovat hajanaisia, tukea ja hoitoa järjestetään viiveellä eikä tarvittavaa palvelua ole aina saatavilla. Palvelujen tuottajien keskinäinen yhteistyö ja voimavarat ovat puutteellisia. Palveluita on kehitetty, mutta uudistamistyö on kesken. Koko ikäryhmälle järjestettävät universaalit palvelut, kuten neuvolapalvelut, muodostavat palvelujärjestelmän perustan. Lasten hyvinvoinnin varmistaminen edellyttää palvelujen yhteensovittamista määrätietoisemmin. (Pelkonen 2014, 12.) Yhteistyöhön viittaavia ja velvoitteita kohtia on hyvinvointiin liittyvissä lainsäädännöissä sekä valtion ohjauksellisissa rakenteissa. Myös sellaisia velvoitteita, jotka koskevat yhteistyötä laajemmin yli sektorirajojen. Yhteistyötä on alettu korostamaan aiempaa selvemmin ja siitä

puhutaan hyvinvointivaltion kehittymisen ja jatkuvuuden sekä rakenteiden uudistamisen välttämättömänä ehtona. (Halme ym. 2010, 25; Mykrä & Varjonen, 2013, 29.)

4.1 Järjestöt täydentävät palvelukenttää

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä tarkoitetaan järjestöjä, joiden tarkoituksena on joko oman jäsenistön tai jonkin erityisryhmän fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen tai tukeminen. Toiminnan neljä aluetta ovat vaikuttamistoiminta, vertais- ja vapaaehtoistoiminta, asiantuntijuus sekä palvelujen ja tuen kehittäminen sekä tarjoaminen. Suurin osa toiminnasta tapahtuu paikallisyhdistyksissä. (Särkelä 2013, 7-8.) Opinnäytetyössäni keskityn järjestöjen ja kunnan sektorirajoja ylittävän moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksiin, edellytyksiin ja haasteisiin.

Järjestöistä 72 prosentilla on jotakin säännöllistä yhteistyötä kuntien kanssa (Särkelä 2013, 15). Tutkimusten mukaan kuitenkin lapsiperheille palveluita tuottavilla toimijoilla on keskenään vähän tai ei lainkaan yhteistyötä eikä vastuista ole sovittu (Halme ym. 2010, 25). Diakonia ammattikorkeakoulussa tehdyn selvityksen mukaan sosiaali- ja terveysjärjestöjen tärkeimpiä yhteistyökumppaneita ovat kunnat ja muut järjestöt niin paikallisella kuin valtakunnallisella tasolla. Kuntatoimijoille järjestöt ovat kolmanneksi tärkeimpiä yhteistyökumppaneita. Järjestöjen edellä ovat kunnan omat toimialat ja oppilaitokset. (Karttunen ym. 2013, 33.)

Järjestöt alkoivat kehittää erilaisia kuntoutuspalveluita 1980-luvulla reagoiden jäsenistönsä palveluntarpeisiin. Kehittämistyö tehtiin pääosin Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksella. Kunnat hankkivat ostopalveluina näitä palveluita järjestöiltä. Vuosien kuluessa kuntien ja järjestöjen välille syntyi kumppanuussuhde. (Särkelä 2013, 9.) Kolmas sektori täydentää julkista sektoria ja tarjoaa palveluita, joita julkinen sektori ei pysty tuottamaan (Laville 2011, 4). Vuonna 2010 järjestöt tuottivat kaikista sosiaalipalveluista 16,3 prosenttia ja useimmissa palvelumuodoissa järjestöjen rooli on edelleen hyvin merkittävä.

Esimerkiksi ensikotipalveluista 96 prosenttia oli järjestöjen tuottamia. (Särkelä 2013, 11-12.)

Järjestöjen rooli ja suhteet muihin toimijoihin ovat muuttuneet 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Tähän on syynä merkittävästi Euroopan unionin sisämarkkinoiden vahvistaminen. Se on poistanut järjestöiltä erityisluontoisen aseman. Järjestöjen ja yksityisen sektorin välillä ei ole eroa silloin, kun ne toimivat palveluiden tuottajina. Kuntien on siis kohdeltava niiltä tehtyjä hankintoja samalla tavalla ja kilpailuttaa ne. Järjestöjen ja kuntien välinen kumppanuus on muuttunut tarkemmin säädellyksi hankintasuhteeksi. (Särkelä 2013, 11-13.)

4.2 Järjestö-kuntayhteistyön edellytykset, hyödyt ja haasteet

Toimivaan yhteistyöhön ei ole olemassa mitään tiettyä kaavaa. Kulloisetkin tavoitteet määrittelevät sen, minkälainen yhteistyö ja minkä tahojen kanssa se olisi tarkoituksen mukaista. Yhteistyön edellytyksistä tahto ja asenteet ovat keskeisiä. Jonkun pitää tehdä aloite, ehdottaa ja houkutella. Asenteisiin lähteä yhteistyöhön vaikuttaa tieto ja tiedon puute. Kunnat tietävät järjestöjen toiminnoista liian vähän ja järjestöpuolelta koetaan hankalaksi nähdä ketkä kunnan edustajat ovat niitä, joiden kanssa yhteistyöhön pitäisi hakeutua. Myönteinen kokemus toimivasta yhteistyöstä lujittaa uskoa yhteistyöhön. Yhteistyö voi kuitenkin osoittautua toimivaksi vasta sen synnyttyä. (Mykrä & Varjonen 2013, 23-25.)

Onnistuneen järjestö-kuntayhteistyön tärkeä edellytys on yhteinen tavoite ja päämäärä, josta kaikki yhteistyötahot hyötyvät. (Halme ym. 2010, 30; Karttunen ym. 2013, 53.) Sen lisäksi toimijoilla voi olla omia tavoitteita. Resurssit, yhteisen ajan puute ja jatkuvuus ovat yhteistyöhön vaikuttavia asioita, jotka koetaan myös haasteellisiksi. Epävarmuus jatkuvuudesta on kuntatoimijoiden mielestä suurin haaste järjestöjen kanssa tehtävässä yhteistyössä. (Karttunen ym. 2013, 53.)

Yhteistyö vaatii hyvää yhteydenpitoa ja tiedottamista molempiin suuntiin. Jotta yhteistyö olisi toimivaa, tarvitaan yhteistyötä koskevia toimintaohjeita. Ne auttavat selventämään eri palveluntuottajien roolia, tiedonkulkua ja luottamukselli-

suutta. Eri toimijoilla ei välttämättä ole samanlaisia vaitiolovelvollisuuteen liittyviä ohjeita, joten myös ne on hyvä selventää. (Isoherranen 2005, 150; Halme ym. 2010, 30; Karttunen ym. 2013, 54.) Kuntatoimijoiden paljous, keskinäinen vähäinen yhteistyö ja lokeroituminen omiin tehtäviin hankaloittavat yhteistyötä isoissa kaupungeissa. Niin kunta kun järjestöpuolen kokemuksena on, että oikean yhteistyökumppanin löytäminen on hankalaa. (Karttunen ym. 2013, 54.) Organisaatiotasolla olisikin tärkeää huolehtia, että yhteistyöstä vastaava avainhenkilö on nimetty (Halme ym. 2010, 30).

Erilaisten toimintakulttuurien yhteensovittaminen vaikuttaa myös yhteistyöhön; ne täytyy huomioida, ymmärtää ja hyväksyä. Haasteena voi olla myös työnjaon epäselvyydet sekä se, ettei mahdolliset yhteistyökumppanit tunne toisiaan tai toistensa työtä. Myös yhteiskunnan muutokset aiheuttavat haasteita yhteistyölle. Näistä haasteista esimerkkeinä voisi mainita muutokset palvelujen tarpeessa, lainsäädännössä ja resurssien niukkuus. (Karttunen ym. 2013, 54-56.) Haahtelan Pro gradussa (2008, 52) nousi esille samoja teemoja kuin edellä mainitut. Toimintatapojen erot koettiin hankaloittavan yhteistyötä. Sen lisäksi vuoropuhelun tärkeys sekä verkostotyö nousivat esille haastatteluissa. (Haahtela 2008, 52.)

Asiakas hyötyy toimijoiden yhteistyöstä, kun voidaan käydä yhteistä keskustelua ja tiedonvaihtoa, siitä mikä olisi juuri tämän asiakkaan kannalta paras mahdollinen ohje. Asiakkaan suostumuksella tietoja voidaan ilmaista myös muille viranomaisille. Erilaisia yhteistyökokouksia ja verkostotyötä tarvitaan tilanteissa, kun asiakkaiden ongelmat ovat monitasoisia ja laadukas tulos edellyttää poikkeuksellista työskentelyä. Silloin mukana voi olla monen eri sektoreiden edustajia. Moniammatilliset yhteistyörakenteet voivat olla joko jatkuvia tai tarvittaessa käynnistyviä. (Isoherranen 2005, 140-141, 151.) Valtakunnallisessa neuvolaselvityksessä sekä lääkärit että terveydenhoitajat vastasivat, että moniammatillista yhteistyötä tehdään pääsääntöisesti tapauskohtaisesti. Molemmat ammattiryhmät nimesivät useita yhteistyötä haittaavia tekijöitä, joista tavallisimpia olivat ajankäyttöön, tiedonkulkuun, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja toisen työn liian vähäiseen tuntemiseen liittyvät pulmat. Myös tietosuojakysymykset ja ver-

kostotaitojen puute olivat ongelma joka kolmannen lääkärin ja terveydenhoitajan mukaan. Yhteistyötaidot ja yhteistyöstä sopiminen sujuivat selvityksen mukaan hyvin. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 81-83.) Tavallisimmin kiire, henkilökuntapula, henkilökunnan vaihtuvuus ja eri ammattiryhmien vaikea tavoitettavuus ovatkin tekijöitä, jotka muodostavat esteitä hyvän yhteistyön toteutumiselle. Yhteisten koulutusten on tutkimusten mukaan koettu vahvistavan moniammatillista työskentelyotetta. Jotta niistä on hyötyä, on yhteisen kielen löytäminen tärkeää. Koulutuksen on vastattava myös sisällöllisesti eri toimijoiden tarpeita. (Isoherranen 2005, 149, 156-157.) Yhteistyötä voi tehdä hankalaksi ammattiryhmien puutteelliset tiedot toistensa koulutuksista, toimenkuvista ja niissä tapahtuneista muutoksista. Esimerkiksi perhetyötä voidaan tehdä eri tavalla eri paikoissa, odotukset tukimuotoa kohtaan voivat olla liian suuret tai sen mahdollisuuksia ei tunneta. (Järvinen ym. 2012, 96.)

Järjestö-kuntayhteistyön hyötynä nähdään, että se lisää jäsenten, kohderyhmän ja kuntalaisten hyvinvointia. Järjestöyhteistyö mahdollistaa myös nopean reagoimisen palvelutarpeeseen. Yhteistyön koettiin olevan hyödyllistä myös palveluketjun täydentämisessä kuntatalouden kiristyessä ja tuottavan kunnalle näin taloudellista hyötyä. Sen lisäksi yli sektorirajojen tehtävä yhteistyö tukee kehittämistä ja uusien vaikuttavampien palveluiden ja toimintatapojen syntymistä. (Karttunen ym. 2013, 45-46.) Järjestöbarometrissa vuonna 2009 kartoitettiin erityisteemana järjestöjen ja kuntien yhteistyötä. Valtakunnallisista järjestöistä kolme neljäsosa arvioi kunnan kanssa tehdyistä hankkeista syntyneen pysyviä toimintoja. Tällaisten pysyvien toimintojen sisältöjä olivat esimerkiksi avoimen kohtaamispaikan toiminta, kriisikeskustoiminta ja kuntouttava työtoiminta. (Särkelä 2013, 16-17.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävät

Tämä tutkimus on tehty toimeksiannosta Turun ensikotiin. Keskustelin aiheen valinnasta Turun ensikodin vastaavan ohjaajan Maria Kronlundin kanssa. Kronlund kertoi, että ensikotiin on tullut aiempaa enemmän asiakkaita ei-suunnitelmallisesti eli kiireellisesti. Suuren huolen perheitä on tullut ensikotiin suoraan synnytyssairaalasta ilman, että perheestä olisi raskausaikana tehty ennakollista lastensuojeluilmoitusta ja että huoli perheestä olisi tiedossa myös lastensuojelun sosiaalityöntekijöillä.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää äitiysneuvolan terveydenhoitajien käsitystä ensikotikuntoutuksesta sekä miten he tuntevat ensikotiin ohjautumisen käytännöt. Tavoitteena oli kartoittaa mahdollisia ongelmakohtia ensikotiin ohjautumisessa ja kuulla haastateltavien toiveita yhteistyöstä ensikodin kanssa. Tutkimuksesta saatujen tietojen avulla ensikoti voi parantaa yhteistyötä äitiysneuvoloiden kanssa sekä korjata mahdollisia ongelmia tuloprosessista ja alkaa toteuttaa toivottua yhteistyötä.

Seuraavaksi olen kirjannut tutkimustehtävät.

Tutkimustehtävä: Miten äitiysneuvolan terveydenhoitaja tunnistavat ensikotikuntoutusta tarvitsevan perheen?

Tutkimustehtävä: Miten äitiysneuvolan terveydenhoitajat tuntevat ensikotiin tuloprosessin?

Tutkimustehtävä: Miten äitiysneuvolan terveydenhoitajat tuntevat ensikotikuntoutuksen sisältöjä?

Tutkimustehtävä: Minkälaista yhteistyötä äitiysneuvolan terveydenhoitajat haluavat ensikodin kanssa?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Hämeen ammattikorkeakoulun opettajan, Henrik Räsänen, diasarjassa selittää, että kvalitatiivinen tutkimus on yleistä sosiaalitieteissä ja ammatinharjoittajien keskuudessa. Ne haluavat ymmärtää ihmisen käyttäytymistä tai ilmiöitä. (Räsänen, H. 2014.) Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa (Hirsjärvi ym. 2007). Tutkimukseni tutkimustehtävät pyrkivät selvittämään haastateltavien ajatuksia, uskomuksia, tapoja ja kokemuksia tutkitavasta asiasta. Siksi päädyin tekemään kvalitatiivisen haastattelututkimuksen.

Tutkimukseni aineistonkeruumenetelmänä päädyin käyttämään haastattelua. Haastattelun tavoitteena on selvittää, mitä haastateltavalla on mielessään. Eri-laisia haastattelutyppejä on useita. Yleisimpiä ovat strukturoitu haastattelu, puolistrukturoitu haastattelu, teema haastattelu ja avoin haastattelu. (Eskola & Suoranta 2008, 85-86.) Pohtiessani millä menetelmällä aineistoa hankkisin, päädyin yhdistämään teemahaastattelua ja puolistrukturoitua haastattelua. Esimerkiksi Metsämuuronen (2008, 41) rinnastaa toisiinsa tilanteissa, joissa tutkitaan heikosti tiedostettuja asioita. Kirjasin ylös teemahaastattelulle tyypillisesti haastattelun teema-alueet, jotka syntyivät tutkimustehtävien kautta. Teemahaastattelussa tavallisesti kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.) Aloittelevana tutkijana halusin kuitenkin luoda valmiita kysymyksiä teemojen alle puolistrukturoidun haastattelun mukaisesti varmistaakseni, että jokaisen haastateltavan kanssa käydään tietyt asiat teemojen alla kunkin haastateltavan omien intressien lisäksi.

Haastattelurunko muokkaantui toimeksiantajan ja opiskelutovereiden kanssa käytyjen keskustelun jälkeen hieman. Ennen terveydenhoitajien haastatteluja haastattelin toimeksiantajaa henkilökohtaisena tiedoksiantajana. Varsinaista esihaastattelua en tehnyt. Haastattelutilanteet olivat teemahaastattelun kaltaisesti joustavia. Teema-alueiden kysymykset käytiin haastateltavien kanssa läpi, mutta niiden (alueiden ja kysymysten) järjestys ja laajuus vaihtelivat jonkin verran haastatteluiden kesken (Eskola & Vastamäki 2010, 28). Jätin tilaa myös haastateltavan mielestä viriäville muille aiheeseen liittyville ajatuksille.

5.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineisto

Sain Turun kaupungilta tutkimusluvan joulukuussa 2014 kahdeksaan (8) äitiysneuvolan terveydenhoitajan haastatteluun. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan tyypillisesti otoksen sijasta harkinnanvaraisesta näytteestä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58-59). Terveydenhoitajat valikoituivat haastatteluuni harkiten. Ensikodista sain tietooni terveydenhoitajien nimiä, jotka ovat varmasti olleet ensikotikuntoutuksessa olleiden asiakkaiden terveydenhoitajina viime vuosina. Päätökset valinnasta tein itse. Loput valikoituivat summittain eri neuvoloista, sillä huolen herääminen ja riskiperheiden tunnistaminen ei ole sidottu vain tiettyyn neuvolaan tai tietylle terveydenhoitajalle. Ajattelin, että sitä kautta tulee mahdollisimman kattavasti eri yksiköiden työntekijöitä edustetuksi ja tutkittavien anonymiteetti säilyy. Tutkimukseen oli tärkeä saada henkilöitä, jotka tuntevat tutkittavaa aluetta. Tieto ei ole sidottu vain työvuosiin, vaan myös koulutukseen. Kaikki haastateltavat olivat ammatillisesti kouluttautuneita ja päteviä.

Joulukuun lopussa 2014 otin yhteyttä terveydenhoitajiin sähköpostitse, jossa kerroin mitä olen tutkimassa, tiedustelin mielenkiintoa tulla haastateltavaksi sekä ilmoitin olevani puhelimitse yhteydessä parin viikon kuluessa. Olin myös yhteydessä heidän kahteen esimieheensä. Tutkittaville pitää antaa riittävä tieto tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta sekä korostettava sen vapaaehtoisuutta (Eskola & Suoranta 2008, 36). Kaksi terveydenhoitajaa kieltäytyi haastattelusta. Siksi otin yhteyttä yhteen terveydenhoitajaan hieman myöhemmin. Toisen kieltäytyneen terveydenhoitajan tilalle en tietoisesti etsinyt uutta haastateltavaa omien aikataulusyiden vuoksi.

Kaikki haastattelut tein yksilöhaastatteluina tammi-helmikuun aikana 2015. Haastateltava sai määrittää, missä haastattelu olisi hänelle edullisinta suorittaa. Haastateltavalle onkin tarjottava mahdollisuutta valita itselleen mieleinen paikka (Eskola & Suoranta 2008, 91). Kaikki haastattelut tehtiin kunkin haastateltavan työhuoneessa. Haastatteluihin oli varattu aikaa yksi tunti. Varattu tunti sisälsi hieman joustovaraa, sillä tein haastattelut haastateltavien asiakastapaamisten välissä. Haastattelut nauhoitin haastateltavien luvalla tietokoneeni äänitystoi-

minnolla. Sen lisäksi mukanani oli kynä ja paperi mahdollisiin muistiinpanoihin. Haastattelutilanteen onnistuivat lähestulkoon häiriöittä. Yksi haastattelu keskeytyi hetkeksi ovelle kolkutukseen, toinen haastattelu terveydenhoitajalle tulleen puheluun.

Jokaisen haastattelutilanteen alussa kerroin kuka olen, mitä opiskelen ja kerroin kuinka haastattelutilanne tulee etenemään. Tein tietoisin päätöksiä, että tulen tilanteeseen uteliaana tutkijana enkä ensikodin pidempiaikaisena sijaisena. Täten sain varmemmin todellisia kokemuksia ja ajatuksia yhteistyöstä. Haastateltaville ei ollut tietoisesta päätöksestäni haittaa, sillä tuloksista kukaan ei ole tunnistettavissa ja tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus.

Tietoja hankittaessa on huolehdittava siitä, ettei tutkittavien henkilöllisyys paljastu. Henkilöllisyyden paljastuminen tulee tehdä mahdollisimman vaikeaksi. (Eskola & Suoranta 2011, 57.) Yksi terveydenhoitaja kielsi haastattelutilanteessa käyttämästä suoria lainauksia hänen haastattelusta opinnäytetyössäni. Kunnioitin tätä pyyntöä. Tarkistin myös muiden lainausten osalta työni, jottei kukaan haastateltava olisi niistä tunnistettavissa.

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimukseni empiirinen aineisto muodostuu tietokoneeni äänitystoiminnolla taltioidusta haastattelumateriaalista. Lähdin kirjoittamaan aineistoa puhtaaksi mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Haastattelun puhtaaksikirjoittamista voidaan kutsua litteroinniksi. Litteroin haastateltavien tuottaman puheen tarkasti sanasanalta, mutta jätin huomioimatta esimerkiksi haukotukset ja tauot puheessa. Litteroinnin taso sijoittui sanatarkan litteroinnin ja peruslitteroinnin välimaastoon (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2015). Litterointi oli tutkimuksen tekemisen työläin ja aikaa vievin työvaihe. Äänitteet olivat pääasiassa hyvälaatuisia ja niitä oli helppo litteroida. Jokaisessa litteroidussa äänitteessä oli muutamia (1-2) kohtia, joissa puhe oli epäselvää muutaman sanan verran. En kokenut sen haittaavan analyysivaihetta.

Lähdin tutustumaan purkamaani aineistoon lukemalla sitä. Aineistoa lukemalla siitä herää erilaisia ajatuksia tai kysymyksiä sekä se tulee tutummaksi. Kun aineisto on tuttu, on sitä helpompi lähteä analysoimaan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 143.) Lähdin toteuttamaan aineistolähtöistä analyysiä. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija voi lähteä teemoittelemaan aineistoa omien kysymystensä kautta tai etsimällä aineistosta nousevia teemoja. (Moilanen & Räihä 2010, 55.) Järjestelin aineiston haastatteluteemojen mukaisesti, jonka jälkeen etsin ja alleviivasin pelkistettyjä ilmauksia ja listasin ne toiseen tiedostoon. Sen jälkeen lähdin etsimään niistä samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Näistä huomioista yhdistyi useampia alaluokkia, joista yhdistelin yläluokkia ja kokoavat käsitteet. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-112.)

6 ERITYISEN TUEN TARPEEN TUNNISTAMINEN JA HUOLEN HERÄÄMINEN ÄITIYSNEUVOLASSA

6.1 Taustatiedot

Tutkimukseeni haastatelluista terveydenhoitajista kaikki seitsemän olivat naisia ja kouluttautuneet terveydenhoitajiksi. Terveydenhoitajien toimipaikat olivat kuudessa eri Turun kaupungin äitiysneuvolassa. Terveydenhoitajien työkokemuksen määrä oli vaihteleva: alle viidestä vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen. Haastateltujen terveydenhoitajien työvuosien keskiarvo oli 11,2 vuotta.

Jokaisella terveydenhoitajalla on viime vuosien aikana ollut asiakkaana lastensuojelunpiirissä olevia perheitä. Jokainen terveydenhoitaja oli tehnyt niin lastensuojeluilmoituksia kuin ennakollisia lastensuojeluilmoituksia. Terveydenhoitajat kertoivat tehneensä niitä muutamia tai yksittäisiä. Viidellä terveydenhoitajalla seitsemästä on ollut asiakkaana ensikotikuntoutuksessa olleita perheitä. Yksi terveydenhoitaja kertoi, että hänellä on ollut asiakas ensikodin jälkihoidon aikana, kun perhe oli muuttanut omaan asuntoon ensikodista. Yhdellä terveydenhoitajalla ei ole ollut koskaan ensikotikuntoutuksessa olleita perheitä asiakkaana.

6.2 Erityisen tuen tarpeen seulonta osana äitiysneuvolan perustehtävää

Terveydenhoitajien ajatukset äitiysneuvolan perustehtävistä olivat selkeät ja toistensa kaltaiset. Haastatteluista nousi vahvasti esille kaksi teemaa, joihin liittyvistä asioista jokainen haastateltava puhui. Toinen teema oli raskauden seuranta ja turvaaminen sekä riskiraskauksien seulonta. Toisena teemana nousi koko perheen hyvinvoinnin tukeminen ja kartoittaminen. Sitä terveydenhoitajat kuvasivat muun muassa isän, lähipiirin ja tukiverkoston huomioimisella sekä perheen lähtökohtien ja olosuhteiden kartoittamisella. Terveydenhoitajat kertoivat, että työ sisältää säännöllisiä fyysisiä mittauksia sekä muita rutiini asioita. Käyntien luonne on kuitenkin muuttunut kokonaisvaltaisemmaksi ja keskusteluvammaksi.

"Tietysti kaikki semmoset fyysiset mittaukset niinku, katotaa et raskaus sujuu, mut tietenki sit se henkinen puoli. Et meillähän on nykyään niit laajoi terveystarkastuksii ja erilaisii lomakkei mitä täyttellää ja on se aika kokonaisvaltaast niinku kuitenkin. Ja koko aika mun mielest mennään siihen koko perheen hyvinvointiin. Enenemismäärin otetaan se koko perhe siihen, varsinki jos on aikasempii lapsii." (H3)

"No me toki pidämme huolta siitä raskaudesta ja otetaan se koko perhe huomioon tai ainakin pyritään siihen. Se on välillä vähän vaikeeta, mut se äidin ja vauvan hyvinvointi ja sit toki se koko perheenki. Se on se meidän työ et sit toki me tehdään erilaisia mittauksia ja muita rutiinijuttuja ja sit se on nykyään aika paljon semmost keskustelua. Käydään aika paljon lomakkeita, mitä vanhemmat täyttää ja sit mitä käydään läpi ja... Paljon on enemmän kuin ennen semmosta keskustelua." (H7)

Useat terveydenhoitajat nostivat esille, että äitiysneuvolassa seulotaan terveestä asiakaskunnasta, niitä kenellä on riski raskauden suhteen. Tavoitteena on löytää ne, jotka tarvitsevat erityistä tukea. Haastateltavien ajatukset erityistä tukea tarvitsevista perheistä on kirjattu alla olevaan kuvioon. Sulkeisiin on kirjoitettu mainintojen lukumäärä.



Kuvio 1. Erityistä tukea tarvitsevat perheet.

Terveystenhoitajat eivät maininneet raskausongelmia tai lisäseuranta vaativia sairauksia mielenterveysongelmia lukuun ottamatta. Tämä johtunee siitä, että terveydenhoitajilla oli tieto tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja linjauksista. Terveystenhoitajien haastatteluissa esille nousemat asiat erityistä tukea tarvitsevista perheistä olivat moninaisia raskaana olevan ja perheen erityistilanteisiin liittyviä.

6.3 Mitä tehdä kun huoli perheestä herää?

Terveystenhoitajat kertoivat, että huoleen reagoiminen riippuu siitä, minkälaisia huolen aiheita on. He kuvasivat, että työ sisältää paljon keskustelua perheen kanssa ja se on kokonaisvaltaista. Jokainen haastateltava kertoi lomakkeista työvälineenä, joita vanhemmat täyttävät käynneillä. Terveystenhoitajista suurin osa mainitsi olevansa tietoisia, että kaikki ongelmat eivät niistä tule ilmi. Osa asiakkaista haluaa myös piilotella ongelmiaan käynneillä. Yksi terveydenhoitaja ajatteli, että lomakkeiden teemoihin voidaan palata myöhemmin. Ne jättivät asiakkaalle ajatuksen siitä, että neuvola on paikka, jossa niistä asioista voi puhua.

Mikäli lomakkeissa tietyt pistemäärät ylittyvät terveydenhoitajat kokivat, että siitä on helppo edetä, kun asiakas tuo itse ongelman esille. Terveystenhoitajat kertoivat, että heillä on tietyt ohjeistukset, joiden mukaan toimivat. Esimerkiksi kun AUDIT -kyselyn pisteet (alkoholin käytön riskit) ylittyvät, tehdään automaattisesti lähete Turun yliopistollisen keskussairaalan HAL-poliklinikalla (huumeet, alkoholi, lääkkeet). Yhteistyö Turun yliopistollisen keskussairaalan HAL-poliklinikan kanssa koettiin terveydenhoitajien keskuudessa helpoksi ja hyväksi. Haastatteluista nousi myös ilmi, että tietyt vakituiset käytännöt helpottavat työtä. Esimerkiksi parisuhdeväkivalta tilanteissa tehdään aina ennakollinen lastensuojeluilmoitus.

Kuusi terveydenhoitajaa nosti esille haasteita, joita kokevat työskentelyssään huolta herättävän perheen kanssa. Useat haastateltavat sanoivat, että asiakassuhde hankaloituu, mikäli ei saa luotua hyvää puheysteettä. Esimerkiksi "kemiat

eivät kohtaa" tai vanhemmat ovat käynneillä jännittyneitä. Kaikki kuusi terveydenhoitajaa kuvailivat haastavaksi itselle muodostuvan huolen, jota ei pysty esittämään. Se on "mutu-tunne", huoli josta ei saa kiinni.

"Se on kaikesta vaikein se huoli, mikä itselle tulee, mut ei oo niinku mitään näkyvää. Et on sit semmost niinku monen kerran salapoliisityötä, et ollaan tuntosarvet pystys ja vähä yritetään sit niinku kaivaa sitä tietoa sieltä, et noin niinku tosi vaikea kuvailla et mist se huoli herää et itelle niinku. En nyt osaa sillai sanoo, et siit vaan tulee semmonen tunne itselle, et nyt ei ole kaikki hyvin." (H5)

"No välillä on vaan sellanen outo olo, mut sit ei saa mistään kiinni. Ei niinku pääse ollenkaa samalle aaltopituudelle. Sitten on vaan sellanen epämääräinen olotila ja toivoo, et joku muu jossain kohtaa niinku pääsis kiinni siitä." (H8)

Terveydenhoitajat kuvasivat pienten asioiden nostattavan tämän kaltaisen tunteen. Esimerkiksi neuvolakäyntejä jää välistä, odottaja on epäsiistin oloinen eikä välitä itsestään tai vauvasta. Yksi terveydenhoitaja kertoi, että heitä on ohjeistettu tällaisissa tilanteissa tekemään ennakollinen lastensuojeluilmoitus. Kaksi terveydenhoitajaa kuvasi, että jos asiakas itse ei koe toiminnassaan mitään ongelmaa, on siihen vaikea puuttua ja osoittaa oma huoli.

Edellisen kaltaisissa tilanteissa terveydenhoitajat kertoivat jäävänsä seuraamaan tilannetta ja yrittävät kuulostella tarkemmin. Jokainen toi esille, kuinka haastava ja vaikea tämä osa työstä on. Terveydenhoitajien kokemus oli, että asiakastilanteessa huolta ollaan arvioimassa yksin. He kokivat, että heillä on kuitenkin mahdollisuus konsultoimiseen ja asiaan palaamiseen asiakasperheen kanssa. Jokainen terveydenhoitaja toi esiin ainakin yhden tahon, jonka kanssa voi jakaa yksittäisestä perheestä noussutta huolta. Yhtä tahoa lukuun ottamatta kaikki olivat neuvolan sisäisiä: viisi terveydenhoitajaa sanoi voivansa konsultoida neuvolapsykologia, neljä neuvolalääkäreitä, kolme työkaveria, kaksi kertoi käyvänsä työnohjauksessa, yksi mietti yhteistyötä neuvolan perhetyöntekijöiden kanssa ja yksi koki voivansa ottaa yhteyttä neuvolan omaan sosiaalityöntekijään tai sosiaalipäivystykseen. Neljä terveydenhoitajaa mainitsi ulkopuolisen tahon, Turun yliopistollisen keskussairaalan HAL-poliklinikan, jonne voivat olla konsultoiden yhteydessä tai tehdä asiakkaalle lähetteen.

Kaikki terveydenhoitajat kertoivat keskustelewansa perheen kanssa huolesta sekä kun ovat ajatelleet tehdä ennakollisen lastensuojeluilmoituksen. Viisi ter-

veydenhoitajaa kertoi selittävänsä tarkemmin asiakkaalle, mitä ilmoituksen tekeminen tarkoittaa ja mitä siitä seuraa. Ennakollisten lastensuojeluilmoitusten ja lastensuojeluilmoitusten vähäinen tekeminen heijastui osan haastateltavien puheessa; "Muistaakseni oon saanu sieltä ohjeet, että.." ja " Sosiaalipäivystykseen kirjallisena tai soit..., kyl mää yleensä oon totanoininii soittanu totanoininii sitten sitten niin tota". Kaikki haastateltavat kuitenkin tiesivät minne ja miten ilmoitus tehdään.

7 ENSIKODIN JA ÄITIYSNEUVOLOIDEN YHTEISTYÖ TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMANA

7.1 Ensikotiin ohjaaminen

Viisi terveydenhoitajaa seitsemästä ei kokenut osaansa tärkeäksi ensikotiin ohjaamisen suhteen, muutoin kuin ennakkollisen tai lastensuojeluilmoituksen tekemisen puitteissa.

"Mä koen et aika pieni (rooli) tai siis sil taval et mehän tehään se lastensuojeluilmoitus ennakkollinen tai sit ku vauva on syntynyt ni lastensuojeluilmoitus ja se menee sitä kautta. Et mä en niinku oo koskaan ohjannut suoraan sinne ketään et. Ollaan me tietty siin kohtaa tärkees asemas, et ei se asiakas sinne ohjaudu jos me ei ensin tehdä jotain." (H3)

"No, en mää siit muuta tiedä, ku mää teen sen ilmoituksen. Sit he ilmeisesti sielt lastensuojelupuolelt on yhteydessä sinne ensi- ja turvakotiin ja sit siit päätetään yhdessä otetaaks se asiakas sinne sisään sitte ja onks siellä tilaa" (H5)

Yksi terveydenhoitaja kertoi, että oli yhden äidin kanssa puhunut ensikodista ja lopulta äiti olikin ensikotiin ohjautunut. Toinen terveydenhoitaja ajatteli palvelun markkinoimisen olevan vaarallista, jos asiakas ei tulisikaan paikkaa saamaan. Yksi terveydenhoitajista ajatteli, että voisi olla yhteydessä suoraan ensikotiin ja tiedustella mahdollista paikkaa. Kuitenkin kaikki terveydenhoitajat viittasivat, että ensikotiin ohjaaminen tapahtuu "sosiaalipuolelta".

Terveydenhoitajille haasteellinen kysymys oli, mitkä asiat ovat ensikotiin ohjaamiseen esteenä. Terveydenhoitajien tehtävänä on ohjata erityistä tukea tarvitsevat perheet eteenpäin, mutta he eivät päästä mihin ohjaus tapahtuu. Osa terveydenhoitajista ei osannut vastata kysymykseen lainkaan. Yksittäisinä asioina haastatteluista nousivat esille epävarmuus maksusitoumuksen saamisesta, perheen haluttomuus vastaanottaa apua sekä terveydenhoitajien korkea kynnys tehdä lastensuojeluilmoitus.

Lastensuojeluprosessin suurimmaksi ongelmaksi koettiin terveydenhoitajien keskuudessa tiedonkulun hankaluus. Tämän ongelman mainitsi kuusi seitsemästä terveydenhoitajasta. Terveydenhoitajat eivät saa ennakkollisen lastensuo-

jeluilmoituksen tai lastensuojeluilmoituksen teon jälkeen tietoa eteneekö prosessi ja suunnitellaanko perheelle tukitoimia. Terveystenhoitajalle jää huoli perheen tilanteesta. He ovat asiakkaalta saamansa tiedon varassa. Terveystenhoitajat kertoivat kokemuksista, että samasta perheestä joudutaan tekemään useampia ilmoituksia. Terveystenhoitajien keskuudessa oli kokemus, ettei ilmoituksia oteta vakavasti. Terveystenhoitajista muutama kertoi, että vuoden verran ilmoittaja olisi pitänyt kutsua palaveriin, kukaan ei ollut saanut kutsua. Yksi terveystenhoitaja koki, ettei yhteistyössä ole ollut hankaluutta vaan "sosiaalipuolelta" saa tukea omaan työhön ja puolet täydentävät toisiaan.

7.2 Ensikotikuntoutuksen tunteminen

Ensikodin asiakaskunnaksi haastatteluista vahvimmin nousivat esille päihdeongelmaiset perheet, hankalat mielenterveysongelmat, elämännhallin ongelmat ja arjentaiteiden puutteet. Ne mainittiin neljässä - viidessä haastattelussa. Sen lisäksi mainittiin nuori ikä, yllätysraskaudet, tukiverkoston puuttuminen, ongelmat vanhemmuudessa. Ne mainittiin yhdessä - kahdessa haastattelussa. Muutamassa haastattelussa mainittiin myös, ettei heti ohjata ensikotiin vaan pohditaan pärjääkö perhe kotiin tarjottavalla tuella. Terveystenhoitajien haastatteluista nousi esille, että perheestä tarvitsee olla suuri huoli ennen sijoittamista laitokuntoutukseen.

Kaksi terveystenhoitajaa ajatteli ensikodin tarjoavan apua vauvan ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen. Neljä terveystenhoitajaa ajatteli ensikodin tarjoavan apua vauva-arjen sujumiseen. Esimerkiksi vauvan hoitoon, kasvatukseen ja arjen sujumiseen kuten ruuan laittoon ja pyykkäykseen sekä tukien hakemiseen. Yksi terveystenhoitaja mainitsi niin arjen sujumisen kuin vuorovaikutuksen tukemisen. Yksi seitsemästä mainitsi, että ensikodissa tehdään vanhemmuuden arviointia.

Kuusi seitsemästä terveystenhoitajasta sanoi, etteivät tunne ensikotikuntoutuksen sisältöjä lainkaan tai tuntevat hyvin vähän.

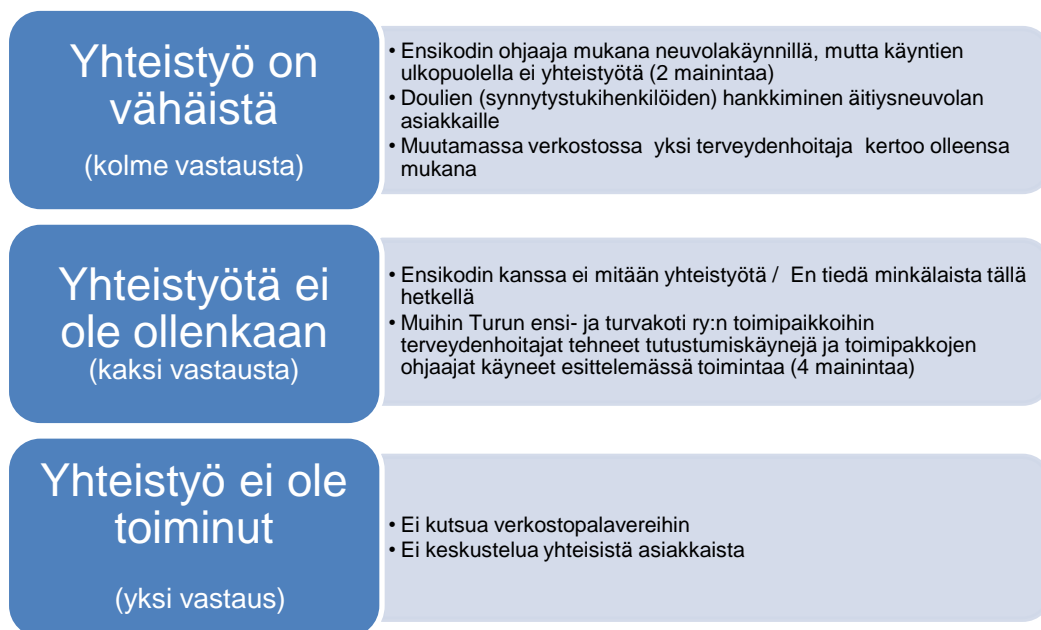
"Mul ei oo mitään hajuu, et mimmost yhteistyötä ne tekee kenenki kans ja ketä siel käy ja mitä se kuntoutus oikeesti tarkoittaa. Onks heil siel jotain päihdetyöntekijöi tai psykologei vai mitä palvelui ne ees tarjoo? Ei mitään hajuu." (H3)

"Mut siis totta kai heil nyt on kaikenlaista millä tuetaan sitä (vanhemmuutta ja vuorovaikutusta), mutta siis käytännös mul ei oo tietoo siitä, et miten heijän päivät rakentuu tai minkä tyyppisii niinku tämmösii niinku yhteisöhoitoi heil on. Tai siis varmasti on kaikenlaist äiti-vauvamuskarii, värileikkii, tän tyyppist. Mut ei siis niinku siitä, et miten vaikka siis äidit tukis toisiaan, miten sielt voi saada vertaistukee toisilt äideilt, niin siit mul ei oo mitään käsitystä" (H8)

Ensikotikuntoutus sekoittui osassa haastatteluissa samantyyppisiin Turussa oleviin palveluihin. Muun muassa yksi terveydenhoitaja ajatteli vauvojen asuvan ensikodissa myös ilman vanhempiaan. Eräs ajatteli, että ensikodilla on rivitalossa tukiasuntoja, joihin perheet voivat mennä harjoittelemaan itsenäistymistä. Turun ensikoti sekoittui haastatteluissa myös ensikoti Pinjaan, avopalveluyksikkö Oliviaan ja se mainittiin myös yhdessä Turvakodin kanssa esimerkiksi Turva- ja ensikotina.

7.3 Yhteistyö

Terveydenhoitajat kokivat yhteistyön ensikodin kanssa olevan vähäistä tai sitä ei ole lainkaan. Yhdellä terveydenhoitajalla oli kokemus toimimattomasta yhteistyöstä. Seuraavaan kuvioon on kirjattu haastateltavien ajatuksia siitä, millaisena yhteistyö on heille näyttäytynyt.



Kuvio 2. Yhteistyön muodot ja kokemukset.

Kaksi terveydenhoitajaa sanoi, ettei ensikodin ja äitiysneuvoloiden välillä ole erityisiä yhteistyötä hankaloittavia tekijöitä. Heidän mielestään yhteistyötä voisi tehdä enemmän. Muut terveydenhoitajat nostivat esiin useampia erilaisia yhteistyötä hankaloittavia tekijöitä. Yksittäiset tekijät eivät keränneet kahta useampaa mainintaa. Haastatteluissa yhteistyötä hankaloittavaksi tekijäksi nousi yhteisen ajan puute. Ensikoti koetaan myös kaukaiseksi yhteistyökumppaniksi eikä siellä työskenteleviä ihmisiä tunneta. Tällöin on korkeampi kynnyks ottaa yhteyttä ensikotiin. Myös salassapitosäädökset mainittiin hankaloittavaksi tekijäksi, koska työntekijöillä ei aina ole täyttä varmuutta, mistä voi puhua ilman asiakasta. Yhteistyötä asiakkaan asioissa voi hankaloittaa myös, mikäli asiakas kieltää terveydenhoitajan pääsyn verkostoon tai ohjaajan mukaan tulemisen neuvolakäynnille.

Kaikilla terveydenhoitajilla oli ajatuksia siitä, miten ensikodin ja äitiysneuvoloiden yhteistyötä voisi parantaa. Jokainen toivoi, että ensikoti tulisi tutummaksi: itse kuntoutus, paikka ja siellä työskentelevät ihmiset. Kolme terveydenhoitajaa toivoi mahdollisuutta tutustumiskäyntiin, kolme toivoi ensikodista työntekijöitä esittelemään toimintaa terveydenhoitajien kuukausikokouksiin ja kaksi ajatteli

yhteisten koulutusten olevan hyviä kohtaamispaikkoja yksilötason verkostoitumiseen.

Terveystenhoitajat toivoivat myös enemmän yhteistyötä asiakkaiden asioissa. Ohjaajan tulo asiakkaan mukana neuvolakäynneille mainittiin monesti ja koettiin pääasiassa hyväksi. Yksi terveydenhoitaja haluaisi tietää tarkemmin, mikä rooli ohjaajalla on käynneillä. Terveystenhoitajat toivoivat avointa keskustelua yhteisten asiakasperheiden tilanteista, jotta niin sanotusti molemmissa päissä pysytään ajan tasalla. Kolme terveydenhoitajaa toivoi säännöllisesti kutsuja verkostopalaveriini. Yksi terveydenhoitaja toivoi saavansa perhekohtaisesti ohjeistusta siitä, minkälaisesta työskentelystä olisi tietylle perheelle hyötyä. Useampi terveydenhoitaja toivoi myös, että puolin ja toisin voidaan olla puhelimitse yhteydessä, mikäli kysymyksiä herää.

8 POHDINTA JA ARVIOINTI

8.1 Tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Lähdin tarkastelemaan tuloksia tutkimustehtävien ja tutkimuksen tavoitteiden näkökulmasta peilaten tutkimuksen teoriaosaan. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terveydenhoitajien käsitystä ensikotikuntoutuksesta ja miten he tuntevat ensikotiin ohjautumisen käytännöt. Tavoitteena oli lisäksi kartoittaa mahdollisia ongelmakohtia ensikotiin ohjautumisessa ja kuulla haastateltavien toiveita yhteistyöstä ensikodin kanssa.

Ensimmäinen tutkimustehtäväni käsitteli, sitä kuinka äitiysneuvolan terveydenhoitajat tunnistavat ensikotikuntoutusta tarvitsevan perheen. Halusin selvittää, millaiselle asiakasryhmälle terveydenhoitajat ajattelisivat palvelun sopivan sekä millä tavoin erityistä tukea tarvitsevat perheet tunnistetaan. Toisessa tutkimustehtävässä halusin selvittää tuntevatko terveydenhoitajat ensikotiin tuloprosessin ja millaisena he näkevät oman roolinsa ensikotiin ohjaamisessa.

Tuloksista selvisi, etteivät terveydenhoitajat koe rooliaan ensikotiin ohjauksessa merkittävänä. Jokaiselle terveydenhoitajalle äitiysneuvolan perustehtävä oli selkeä. Suurin osa terveydenhoitajista mainitsi perustehtävästä kertoessaan tutkimukseeni keskeisesti viittaavan kohdan terveydenhuoltolaista (30.12.2010/1326) eli tuen tarpeen varhaisen tunnistamisen sekä perheen tukemisen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaamisen. Terveydenhoitajien ajatus oli, että ensikotiin ohjaaminen tapahtuu lastensuojelun toimesta. Terveydenhoitajat tiedostivat, että ennakollinen lastensuojeluilmoitus on väline, jolla he voivat ilmaista huolen sosiaalipalveluiden puolelle. Tällä tavoin he voivat varmistaa odottavalle äidille ja lapselle riittävät tukitoimet jo raskausaikana ja välittömästi syntymän jälkeen, kuten lastensuojelulakiinkin (13.4.2007/417) on kirjattu.

Tuloksista selvisi, että terveydenhoitajat tiesivät pääasiassa millaiset perheet ensikodista voisivat hyötyä. Terveydenhoitajien välillä oli eroja siinä, kuinka mo-

nia erilaisia tekijöitä he mainitsivat. Kaikista haastatteluista korostui, että perheestä täytyy olla suuri huoli ennen sijoittamista laitostuntoutukseen. Haastatteluista selvisi, että huolta herättävässä tilanteessa toiminta äitiysneuvolassa riippuu siitä, mistä huoli herää. Kun asiakas itse tuo avun tarpeensa esille, on terveydenhoitajien helppo puuttua siihen. Haasteelliseksi terveydenhoitajat kokivat huolen, josta he eivät "saa täysin kiinni" sekä tilanteet, joissa he eivät saa luotua hyvää puheyhteyttä tai perhe ei halua vastaanottaa apua.

Tuloksista selvisi, että mahdollisesta huolen heräämisestä huolimatta perheen tilanteeseen ei aina reagoida mitenkään. Yksi terveydenhoitaja sanoi, että he ovat saaneet ohjeistukseksi tehdä ennakollisen lastensuojeluilmoituksen myös niissä tilanteissa, joissa "huolesta eivät aivan saisi kiinni". Huolikartoitusten mukaan harmaalla vyöhykkeellä onkin vaikeampi toimia kuin suuren huolen vyöhykkeellä. Tutkimusten mukaan tilanteista 1-2 prosenttia on suuren huolen tilanteita. Toimintaan huolta herättävässä tilanteessa vaikuttaa, onko tiedossa selkeät lähetekäytännöt ja hoitoketjut. (Pyhäjoki & Koskimies 2007, 190.) Päihdeperheiden hoitopolku koettiin terveydenhoitajien keskuudessa helpoksi ja muutoinkin toimintaohjeistusten koettiin tukevan ja helpottavat työtä. Kootessani aineistoa tietoperustaan huomasin, että päihdeperheitä ja päihdeperheiden hoitopolkuja olikin tutkittu runsaasti. Rajasin ne pois, sillä opinnäytetyöni ei ollut päihdehoitoon erikoistuneeseen ensikotiin.

Kolmannella tutkimustehtävällä halusin selvittää terveydenhoitajien ajatusta siitä, millaisiin pulmiin ensikoti voi tarjota apua ja minkälaista kuntoutusta ensikodissa terveydenhoitajien tietojen mukaan tarjotaan. Neljännen tutkimustehtävän avulla haluttiin selvittää, minkälaista yhteistyötä äitiysneuvolan terveydenhoitajat toivovat ensikodin kanssa. Halusin tässä yhteydessä myös selvittää, millaisia kokemuksia terveydenhoitajilla on ollut yhteistyöstä Turun ensikodin kanssa.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että Turun äitiysneuvoloiden ja Turun ensikodin välinen yhteistyö on vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. Sen lisäksi yhdellä terveydenhoitajalla on kokemus epäonnistuneesta yhteistyöstä. Tuloksista paljastui useita yhteistyötä hankaloittavia tekijöitä, joita muissa aikaisemmissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa on nostettu esille. Tällaisia ovat muun mu-

assa resurssien ja tiedon puute sekä se, ettei osapuolilla ole varmuutta vaitiolovelvollisuudesta yhteistyösuhteessa (Halme ym. 2010,30; Mykrä & Varjonen 2013, 25 & Karttunen ym. 2013, 53). Terveystenhoitajien tieto ensikotikuntoutuksen sisällöistä ja tuloprosessista oli vähäinen tai tietoa ei ollut. Ensikoti sekoittui myös muihin Turun kaupungissa oleviin perheille tarkoitettuihin palveluihin. Turun ensikodin tulisi tehdä työtään näkyväksi äitiysneuvoloihin, jotta yhteistyölle on edellytyksiä onnistua ja siitä voisi muodostua toimivaa (Mykrä & Varjonen 2013, 25).

Järjestö-kuntayhteistyö lisää kuntalaisten hyvinvointia ja terveydenhoitajat toivoivatkin parempaa yhteistyötä yhteisten asiakkaiden asioissa (Karttunen ym. 2013, 45). Terveystenhoitajien konkreettiset ehdotukset parempaan yhteistyöhön asiakkaiden asioissa olivat ohjaajan mukaan tulo neuvolakäynnille, avoin keskustelu asiakkaiden asioista ja kutsut verkostopalaveriin. Tuloksista selvisi, että terveydenhoitajilla oli myös muita kehittämissuhteita yhteistyöhön. Kaikki terveydenhoitajat toivoivat, että saisivat lisää tietoa ensikotikuntoutuksesta. Konkreettiseksi toteutukseksi ehdotettiin mahdollisuutta tutustumiskäyntiin, esittelyä ensikodista terveydenhoitajien kuukausikokouksessa tai yhteistä koulutusta. Näihin ensikoti voi vastata toteuttamalla toivottua yhteistyötä vieden ensikodin työtä ulospäin. Sitä voi lähteä tekemään ensikodin ohjaaja tai yhteistyön parantamisen voisi hankkeistaa ottamalla opinnäytetyön tekijän suunnittelemaan ja toteuttamaan kehittämistyön.

Tämän tutkimuksen pohjalta voisi lähteä tutkimaan kaupungin sosiaalityöntekijöiden ja äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien yhteistyötä. Terveystenhoitajilla oli kokemus, ettei ennakollisia lastensuojeluilmoituksia ja lastensuojeluilmoituksia oteta vakavasti. Sen lisäksi terveydenhoitajilla oli kokemus, ettei lastensuojeluprosessin tiedonkulussa on ongelmia. Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi, että Turun ensikodin ja lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden välistä yhteistyötä tutkittaisiin. Tämän tutkimuksen voisi toteuttaa hieman samalla tapaan kuin tämän tutkimuksen vahvemmalla yhteistyön ja lastensuojeluprosessipainotuksella. Kolmantena jatkotutkimusehdotuksena olisi, että muutaman vuoden kuluttua tutkittaisiin uudelleen Turun ensikodin ja Turun kaupungin äitiysneuvoloiden

välistä yhteistyötä. Sen avulla olisi mahdollista nähdä mahdollisia muutoksia yhteistyössä ja miten ensikotityötä tunnetaan Turun kaupungin äitiysneuvoloissa.

8.2 Tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden ja toteutuksen tarkastelu

Laadullisen tutkimuksen voi osoittaa olevan luotettava siten, että tutkijan kirjoittaa tarkan selostuksen tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkijan tulee kertoa tarkasti kaikista tutkimuksen vaiheista. Muun muassa olosuhteista, joissa haastattelut tehtiin, kuinka paljon aikaa käytettiin, oliko mahdollisia häiriötekijöitä ja pohtia omaa toimintaa tilanteissa. Myös aineiston analyysi on tärkeä kirjoittaa lukijalle auki ja omien tulkintojen perustelut on oltava nähtävissä (Hirsjärvi ym. 2007, 227-228.) Pyrinkin toimimaan näiden ohjeistusten mukaan kirjoittaessani tutkimuksen toteuttamisesta. Tavoitteenani oli myös, että teksti on kirjoitettu selkeästi. Tällöin lukijan on helppo nähdä, mikä on omaa pohdintaani, mikä tutkimuksen tuloksia ja mikä muiden kirjoittajien tekstiä.

Tässä tutkimuksessa korostui halu kuulla haastateltavien kokemuksia, käsityksiä ja toimintatapoja, joten ajattelen haastattelututkimuksen olleen oikea valinta tutkimuksen toteuttamiseksi. Tutkimuksen olisi voinut toteuttaa myös esimerkiksi postikyselynä, jolloin olisi ollut mahdollista saada suurempi otanta vähemmän aikaa vievällä aineiston haulla. Tässä vaihtoehdossa ongelmaksi olisivat kuitenkin voineet muodostua vastaamattomuus tai niukkasanaisuus. Haastattelututkimus oli joustavampi ja mahdollisti keskustelun käymisen haastateltavien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Tein seitsemän haastattelua, joten näytteen koon voidaan todeta olevan pieni. Syynä näytteen pieneen kokoon oli kiireellinen aikataulu. Haastatteluun valikoitui aihetta tuntevia haastateltavia, joten loppujen lopuksi analysoitavana oli monia sivuja litteroituja keskusteluja. Tavoitteena analyysissa oli ymmärtää tutkimuskohdetta eikä tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. (Hirsjärvi ym. 2007, 176; Sarajärvi & Tuomi 2009, 85.) Tutkimus ei ole yleistettävissä. Tämän tutki-

muksen tulokset kuvaavat Turun kaupungin äitiysneuvoloiden ja Turun ensikodin välistä yhteistyötä aineiston hankkimisen aikaan.

Tutkimusta tehdessä oli tärkeää pohtia sen vaiheisiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. Näiden kysymysten pohtiminen alkoi aiheen valinnalla ja jatkui aina työn julkaisemiseen saakka. Muita eettisiä kysymyksiä ovat olleet muun muassa aineiston hankintaan liittyvät kysymykset sekä tutkittavan kohteluun ja tieteellisen tiedon luettavuuteen liittyvät kysymykset. Valmiita vastauksia eettisiin kysymyksiin ei ole, joten tutkija joutuu tapauskohtaisesti etsimään tilanteisiin sopivat ratkaisut. (Kuula 2011, 11.)

Olen pyrkinyt toiminaan tutkimusta tehdessä tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti. Olen noudattanut tutkimuksen jokaista vaihetta tehdessäni huolellisuutta ja tarkkuutta. Olen käyttänyt tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimusmenetelmiä ja kirjoittanut raporttiin avoimesti tutkimuksen toteutuksesta. Edellä mainittujen lisäksi olen ilmoittanut sidonnaisuuteni ensikotiin raportissani. Tietoisesti jätin sen mainitsematta haastatteluissa, sillä opinnäytetyötäni tein sitoutumattomana opiskelijana. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2006, 406-407.)

8.3 Ammatillinen kasvu

Lähes vuoden mittainen oppimisprosessi opinnäytetyötä, pientä tutkimusta, tehdessä on ollut monella tapaa kasvattava kokemus. Matka tutkimuksen ideointivaiheesta valmiiseen työhön on sisältänyt paljon uuden oppimista, oivaltamista, kovaa työntekoa sekä pohdintaa. Haluni lähteä tutkimaan juuri tätä aihetta kumpusi työelämän tarpeesta sekä omasta kiinnostuksesta aiheeseen. Ammattikorkeakoulun puolelta arvioitiin aiheen sopivan sosiaalipalvelutyön suuntautumisvaihtoehtoon muun muassa sen palvelujärjestelmäosaamista syventävän painopisteen vuoksi.

Sosionomi (AMK) ydinosaamisalueet eli kompetenssit voidaan jakaa kuuteen eri alueeseen. Nämä kuusi ydinosaamisaluetta ovat sosiaalialan eettinen osaaminen, asiakastyön osaaminen, sosiaalialan palvelujärjestelmäosaaminen,

kriittinen ja osallistava yhteiskuntaosaaminen, tutkimuksellinen kehittämisosaaminen ja johtamisosaaminen. (Innokylä 2015.) Tutkimuksen teon aikana koen kehittyneeni jokaisella osaamisalueella ja ajattelinkin peilata hieman ammatillista kasvuani edellä mainittuihin alueisiin.

Tämä oli minulle ensimmäinen pidempijaksoinen itsenäisesti toteutettu tutkimus. Se vaati itseltä oman työn johtamista, kuten päämäärätietoista työskentelyä, ajanhallintaa, suunnitelmallisuutta sekä itsenäistä päätöksen tekoa ja luotamusta omaan tekemiseen. Opinnäytetyötä varten tutustuin tarkemmin tutkijan ammattietiikkaan ja kaikkia työvaihteita ohjasi eettisyys. Tutkimuksen eettinen pohdinta on omassa alaluvussaan.

Tutkimusta tehdessä opin paljon itse tutkimuksen tekemisestä. Sisäistin tutkivaa työtettä ja pystyin suunnittelemaan, toteuttamaan ja raportoimaan työni. Tutkimuksen tietoperustaa kootessa opin analysoimaan epätasa-arvoa ja huonosuoruuksia tuottavia rakenteita kansallisella tasolla sekä palvelujärjestelmäosaamiseni vahvistui. Oman työn jatkuva pohtiminen ja itsereflektio oli iso osa tätä liki vuoden työskentelyä niin tutkimuksen teon kuin asiakastyönkin osalta. Työskentelin ensikodissa koko tutkimusprosessin ajan. Ensikodin kuntoutusprosessi ja sen tulovaihe olivatkin minulle sitä kautta tutut. Tutkimuksen tekeminen, aiheeseen paneutuminen ja tiedon hankinta auttoivat asiakasprosessin ymmärtämisen syvenemiseen ja kehittämisen näkökulma vahvistumiseen. Itsessäni oleva pieni kehittäjä olisikin jo halunnut tarttua tuloksiin ja lähteä kehittämään ensikodin ja äitiysneuvoloiden yhteistyötä.

LÄHTEET

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Bardy, M. & Öhman, K. 2007. Vaativa vauvaperhetyö. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisistä tutkimuksista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Ensi- ja turvakotien liitto ry 2010. Ensikotien laatukriteerit. Ensi- ja turvakotien liitto ry.

Ensi- ja turvakotien liitto ry 2015. Ensi- ja turvakotien liitto. Viitattu 17.1.2015 www.ensijaturvakotienliitto.fi Etusivu > Työmuodot > Ensikodit ja muu vauvaperhetyö.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.painos. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-44.

Eriksson, E. & Arnkil T-E. 2005. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Haahtela, I. 2008. Vaihtopenkiltä pelin ratkaisijaksi -sosiaalialan järjestö palveluntuottajana. Pro gradu-tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja -työn laitos. Sosiaalipolitiikka. Tampere: Tampereen yliopisto.

Halme, N.; Perälä, M-L & Laaksonen, C. 2010. Yhteistyöinterventtioiden vaikuttavuus lapsiperheiden palveluissa. Järjestelmällinen katsaus. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos.

Hakkarainen, K.; Helenius, J. & Jääskeläinen, P. 1999. Ammatinhallinnan kehittäminen oppivassa organisaatiossa. Työpapereita n:o 8. Kulttuuri ja oppiminen -tutkimusryhmä. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto.

Hakulinen-Viitanen, T.; Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolat Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Heino, T. 2009. Lastensuojelun tilastot, asiakkaat ja palvelut. Teoksessa Bardy, M. (toim.) Lastensuojelun ytimissä. 4. uudistettu painos. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Hellsten, S. 2013. Odotusaikainen työskentely ensikodissa. Työpapereita 1/2013. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Innokylä 2015. Sosionomi (amk) -tutkinto. Viitattu 2.4.2015. www.innokyla.fi > Sosiaalialan ammattikorkeakouluverkosto > Sosiaaliala ammattikorkeakouluissa > Sosionomi (amk) - tutkinto.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Järvinen, R.; Lankinen, A.; Taajamo, T.; Veistilä, M. & Virolainen, A. 2012. Perheen parhaaksi. Perhetyön arkea. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Kaikkonen, R.; Mäki, P.; Laatikainen, T. & Linnanmäki, E. 2012. Johdanto Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointieroihin. Teoksessa Kaikkonen, R.; Mäki, P.; Hakulinen-Viitanen,

T.; Markkula, J.; Wikström, K.; Ovaskainen, M.-L. & Laatikainen, T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 21-25.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Klementti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Karila, K. & Nummenmaa, A. 2005 Esi- ja alkuopetuksen jatkumo haastaa opettajat moniammatilliseen yhteistyöhön. Teoksessa Hämäläinen, K.; Lindström, A. & Puhakka, J. (toim.), Yhtenäisen peruskoulun menestystarina. Helsinki: Yliopistopaino.

Karttunen, A.; Kettunen, A. & Piirainen, K. 2013. Yhteistyöllä hyvinvointia. Järjestöjen välinen ja järjestö-kuntayhteistyö hyvinvoinnin lisääjänä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kontio, M. 2010 Moniammatillinen yhteistyö. Oulu: TUKEVA-hanke. Viitattu 18.1.2015 <http://oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>.

Kovasen, P. 2004. Oppiminen ja asiantuntijuus varhaiskasvatuksessa. Varhaisen oppimaan ohjaamisen suunnitelma erityistä tukea tarvitsevien lasten ohjauksessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Kärki, J. 2011. Ensi- ja turvakotipalvelujen asiakastiedot. Raportissa Kärki, J.; Väyrynen, R.; Ewald, H. & Piispa, M. (toim.) Selvitys palvelukohtaisista asiakastiedoista ensi- ja turvakotipalveluissa sekä väkivaltatapauksissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Laville, J.-L. 2011. WHAT IS THE THIRD SECTOR? FROM THE NON-PROFIT SECTOR TO THE SOCIAL AND SOLIDARITY ECONOMY. Theoretical debate and European reality. European Research Network. WP no. 11/01.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Moilanen, P. & Räihä, P. 2010. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 46-69.

Mykrä, P. & Varjonen, E. 2013. Järjestöjen ja kuntien yhteistyö Raha-automaattiyhdistyksen näkökulmasta. Teoksessa Häkkilä, K. & Tourula, M. (toim.) Järjestöt ja kunta hyvinvointia edistämässä. Näkökulmia järjestö-kuntayhteistyöhön. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry, 22-34.

Paananen, R.; Ristikari, T.; Merikukka, M.; Rämö, A. & Gissler, M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pelkonen, M. 2014. Lasten ja lapsiperheiden palvelut SOTE-uudistuksessa. Työpaperissa Lampola, M. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) Valtakunnalliset neuvolapäivät 21-22.10.2014 Helsinki. Neuvolatoiminta ajan hermoilla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 12.

Pyhäjoki, J. & Koskimies, M. 2009. Varhainen puuttuminen ja dialogisuuden edistäminen huolten vyöhykkeillä. Teoksessa Lammi-Taskula, J.; Karvonen, S. & Ahlström, S. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 186-196.

Räsänen, H. 2014. Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät. Powerpoint-diat. Saatu Hämeen ammatikorkeakoulun verkosta 16.12.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a. Lapsi- ja perhepolitiikka Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 9 (2013). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.3.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511570&name=DLFE-25719.pdf.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.

STM 2013a. Äitiysneuvoloiden terveystarkastukset vähenevät, mutta lisäkäyntien tarve arvioidaan. Viitattu 18.3.2015. www.stm.fi Etusivu > Uutiset > Äitiysneuvoloiden terveystarkastukset vähenevät, mutta lisäkäyntien tarve arvioidaan.

STM 2015a. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. Viitattu 21.3.2015. www.stm.fi > Etusivu > Hyvinvoinnin edistäminen > Osallisuuden edistäminen > Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen.

STM 2015b. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Viitattu 20.3.2015. www.stm.fi Etusivu > Sosiaali- ja terveystaloudet > Järjestelmä ja vastuut.

Särkelä, R. 2013. Järjestöjen ja kuntien yhteistyö ja sen kehitys. Teoksessa Häkkinen, K. & Törmä, M. (toim.) Järjestöt ja kunta hyvinvointia edistämässä. Näkökulmia järjestö- ja kuntayhteistyöhön. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry, 7-21.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL 2013a. Perusterveydenhuolto 2013. Tilastoraportti 28/2014. Viitattu 19.3.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120380/PTH2013_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=7.

THL 2015a. Äitiysneuvola. Viitattu 19.3.2015. www.thl.fi > Aiheet > Lapset, nuoret ja perheet > Peruspalvelut > Äitiys- ja lastenneuvola > Äitiysneuvola.

THL 2015b. Syrjäytyminen ja syrjäytymisen riskitekijät. Viitattu 21.3.2015. www.thl.fi > Aiheet > Hyvinvointipolitiikka > Elinolot ja hyvinvointi > Syrjäytyminen ja osallisuus > Nuorten syrjäytymisen > Syrjäytyminen ja syrjäytymisen riskitekijät.

THL 2015c. Erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen. Viitattu 19.3.2015. www.thl.fi > aiheet > lapset, nuoret ja perheet > peruspalvelut > äitiys- ja lastenneuvola > äitiysneuvola > erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Turun ensi- ja turvakoti ry 2015a. Toimintasuunnitelma 2015.

Turun ensi- ja turvakoti ry 2015b. Turun ensi- ja turvakoti ry. Viitattu 17.1.2015 www.tuentu.fi Etusivu > Haetko apua? > Turun ensikoti.

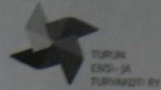
Tutkimuseettinen tiedekunta 2006. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittely. Teoksessa Hallamaa, J.; Launis, V.; Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) Etiikka ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 404-415.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2015. Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely. Viitattu 11.4.2015. www.fsd.uta.fi > Aineistonhallinnan käsikirja > Sisällysluettelo > Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely.

Henkilökohtaiset tiedonannot:

Maria Kronlund. 07.01.2015. Haastattelijana Mia Rajaniemi. Muistiinpanot säilytyksessä itsellä.

Tutkimuslupa Turun ensi- ja turvakoti ry:ltä



Mia Rajaniemi

Tutkimuslupa

Mia Rajaniemelle myönnetään tutkimuslupa AMK-opinnäytetyötä varten oheisen selvityksen mukaisesti sillä edellytyksellä, että valmis tutkimus annetaan Turun ensi- ja turvakoti ry:n käyttöön sen valmistuttua mieluiten sähköisenä versiona (lähetetään osoitteeseen elja.jarvio@tuentu.fi).

Opinnäytetyön työnimi on "Tuloprosessi Turun ensikotiin: Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien käsitys tuloprosessista ja ensikotiasiakkaiden varhaisesta tunnistamisesta."

Tarkoitus on tutkia Turun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien käsitystä ensikotiin ohjautumisesta sekä heidän ajatuksiaan siitä, minkälaiset äidit hyötyisivät ensikotikuntoutuksesta. Tutkimuksessa selvitetään myös terveydenhoitajien tietämystä ensikotikuntoutuksen sisällöistä ja yhteistyömahdollisuuksia ensikodin kanssa.


Empiirinen aineisto muodostuu terveydenhoitajien haastatteluista, jotka tehdään kevään 2015 aikana yhteensä 7 – 10. Lisäksi ensikodin vastaavaa ohjaajaa haastatellaan tiedoksiantajana.

Työssä noudatetaan tutkimuseettisten periaatteiden mukaista ehdotonta vaitiolovelvollisuutta ja asiallisuutta sekä identiteettisuojausta.

Turussa 18.12.2014

toiminnanjohtaja

Tutkimuslupa Turun kaupungilta

TURKU  **HYVINVOINTITOIMIALA**

Tutkimuksen/opinnäytetyön lupa
Anomus/päätös

Dnro _____

Anoja/anojen suku- ja etunimet
Rajaniemi Mia Karoliina

Anoja on
AMK-opiskelija ☒ Muu tutkija ☐ Henkilökunta ☐
Nykyinen työnantaja tai oppilaitos
Turun ammatti korkeakoulu

Nykyinen virka tai toimi
opiskelija

Tutkimuksen kohderyhmät
Turun kaupungin älytysneuvoloiden
terveydenhoitajat

Tutkimuksen nimi ja aihe
Tuloprosessi Turun ensikodin terveydenhoi-
tajien käsitys tuloprosessista, ensikotiasiakkaiden
vastaanotosta tunnistamisesta & yhteistyöstä ensi-
tutkimusaineiston koko roolin ja neuvoloiden
8 älytysneuvolan terveyden-
hoitajaa

Tutkimus on
opinnäytetyö, mikä sosionomi (AMK)
muu tutkimus, mikä _____
kehittämistyö, mikä _____

Tutkimusmenetelmä puolistrukturoidut yksilöhaastattelut

Tarvittavat resurssit mahdollinen tila neuvolasta haastattelun ajaksi, on
myös mahdollista tehdä haastattelut Turun ensikodissa

Aineiston kokoamisajankohta
tammi- ja helmikuu 2015

Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta
toukokuu 2015

Ohjaajat Anssi Lähde, Turun ammattikorkeakoulu
Maria Krontlund, Turun ensikoti, vastaava ohjaaja

Tutkimussuunnitelman hyväksyminen
Kyllä ☒ Ei ☐

Päätösnumero
18/62 12.12.2014

Tutkimusluvan myöntäjä
Piia Hiltunen
PIIA HILTUNEN, tutkintotoimiston johtaja

JAKELU
Tutkimuslupa: tutkimuksen vastuuhenkilö, luvan saaja, kehittämisen yksikkö
Tutkimusraportti ja tiivistelmä: vastuuhenkilö, kehittämisen yksikkö

Käyntiosoite
Yliopistokatu 30
20100 Turku

Postiosoite
PL 670
20101 Turku

Faksi
02 2626 899

Puhelin
02 2662 111 (vaihde)
040 6528 440 (kirjaamo)

Sähköposti
etunimi.sukunimi@turku.fi
hyvinvointitoimiala@turku.fi
www.turku.fi

Haastattelupyyntö

Hei!

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa sosiaalialan koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyötäni toimeksiannosta Turun ensikotiin. Opinnäytetyössäni tutkin kuinka huoli riskiperheestä äitiysneuvolassa herää ja kuinka palvelutarve tunnistetaan. Tutkin myös äitiysneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien käsitystä ensikotiin ohjautumisesta eli tuloprosessista sekä kuntoutuksen sisällöstä ja asiakkaista. Selvitän myös minkälaista yhteistyötä äitiysneuvolan ja ensikodin välillä on ollut ja miten sitä voisi kehittää.

Opinnäytetyöni empiirinen aineisto muodostuu kahdeksasta (8) Turun kaupungin neuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien yksilöhaastatteluista sekä ensikodin vastaavan ohjaajan haastattelusta. Täten tiedustelen sinun kiinnostustasi haastatteluun. Haastattelu kestää maksimissaan tunnin. Se voidaan tehdä työpaikallasi tai Turun ensikodin tiloissa (osoitteessa Luolavuorentie 7 A, Turku). Haastattelut pyrin tekemään 19.1-15.2.2015 välisenä aikana. Turun kaupunki on myöntänyt haastatteluluvat.

Olen sinuun puhelimitse yhteydessä viikolla 4, jolloin voimme sopia haastattelun ajankohdasta.

Terveisin

Mia Rajaniemi

Opiskelija, Turun ammattikorkeakoulu

mia.rajaniemi@students.turkuamk.fi

gsm. ***-*****

Haastattelurunko

Perustiedot

- Nainen/mies
- Koulutus ja ammatti
- Kuinka monta vuotta olet työskennellyt neuvolassa?
- Onko sinulla ollut viime vuosien aikana asiakkaana lastensuojelun piirissä olevia perheitä?
- Oletko tehnyt viime vuosina ennakollista lastensuojeluilmoitusta?
- Onko sinulla ollut viime vuosien aikana asiakkaana ensikotikuntoutuksessa olleita perheitä?

Huolen herääminen ja arvioiminen äitiysneuvolassa

- Kuvaile lyhyesti äitiysneuvolan perustehtävät ja paikka palvelujärjestelmässä.
- Mitä tehdä, kun äitiysneuvolassa herää huoli perheestä?
- Riskiperheet?
- Miten huoli lapsesta/äidistä/perheestä arvioidaan? Kuka/Ketkä arvioi? Välineet?

Ensikodin tuloprosessi

- Mikä on äitiysneuvolan terveydenhoitajan rooli asiakkaan ohjaamisessa ensikotiin?
- Ennakollinen lastensuojeluilmoitus:
 - Miten ennakollinen lastensuojeluilmoitus tehdään?
 - Mitä ennakollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä seuraa?
 - Mitä ilmoituksen tekemisen jälkeen tapahtuu?
- Mikä on ensikotiin ohjaamisen esteenä? Onko sinulla ajatusta prosessin ongelmakohdista?

Ensikotikuntoutuksen sisällöt

- Minkälaisiin pulmiin ajattelet ensikodin tarjoavan apua?
- Minkälaisen perheen ohjaisit ensikotiin?

Äitiysneuvolan ja ensikodin välinen konkreettinen yhteistyö

- Tiedätkö, ovatko äitiysneuvolat ja ensikoti tehneet keskenään yhteistyötä? Minkälaista? Oletko ollut mukana yhteistyössä?
- Mitkä asiat ajattelet olevan yhteistyötä hankaloittavia tekijöitä?
- Millaisia konkreettisia kehittämis ehdotuksia sinulla olisi yhteistyöhön liittyen?

Ensikodin kuntoutusjunan vaunut

